

# Klinik

## „Schloß Falkenhof“

Fachklinik für Abhängigkeitserkrankung



Rehabilitationskonzept

Not sehen und handeln.  
C a r i t a s



### **Verantwortlich für das Konzept**

Dr. med. Carlo Schmid  
Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie  
Sozialmedizin  
Ärztlicher Leiter

Markus Reichel  
Diplom-Psychologe  
Therapeutischer Leiter

Dr. med. Ursula Hebrank  
Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie  
Stellvertretende ärztliche Leiterin

Karl-Heinz Schön M.A.  
Bereichsleitung ambulante Suchthilfe  
Verwaltungsleiter Klinik „Schloß Falkenhof“

Mai 2014

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
Leitbild der Rehabilitation im Verbund.....	4
1. Vorwort und Einleitung .....	7
2. Strukturmerkmale der Klinik „Schloß Falkenhof“ .....	8
3. Konzept .....	9
3.1 Theoretische Grundlagen.....	9
3.2 Indikation und Kontraindikation .....	11
3.3 Rehabilitationsziele .....	13
3.4 Rehabilitationsdauer.....	15
3.5 Rehabilitationsverlauf .....	16
3.6 Rehabilitationsmodule .....	18
3.6.1 Kombinierte Reha Sucht „KoRS“ .....	18
3.6.2 Individualisierte mittelfristige Behandlung (12 bis 15 Wochen) .....	21
3.6.3 Individualisierte längerfristige Behandlung bis 26 Wochen .....	24
3.6.4 Wechsel der Therapiemodule .....	28
3.6.5 Auffang- und Wiederholungsbehandlung .....	29
3.7 Rehabilitationselemente .....	30
3.7.1 Vorfeld- und Aufnahmeverfahren .....	30
3.7.2 Rehabilitationsdiagnostik.....	32
3.7.3 Medizinische Behandlung .....	34
3.7.4 Psychotherapeutische Gruppen- und Einzelbehandlung .....	36
3.7.5 Indikationsgruppen .....	38
3.7.6 Arbeitsbezogene Maßnahmen .....	41
3.7.7 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren.....	45
3.7.8 Freizeitangebote.....	47
3.7.9 Sozialdienst.....	48
3.7.10 Gesundheitstraining und Ernährung.....	48
3.7.11 Soziales Umfeld – Angehörigenarbeit .....	50
3.7.12 Rückfallmanagement.....	51
3.7.13 Klinikseelsorge .....	53
3.7.14 Überleitung / Vorbereitung nachstationärer Versorgung .....	53
4. Kooperationspartner .....	54
4.1 Netzwerke und Verbünde.....	54
4.2 Selbsthilfe und Förderkreis.....	55
4.3 Externe Kommunikation .....	55
4.4 Krisenintervention / Interkurrente Verlegung.....	56
5. Interne Kommunikation .....	57
6. Management / Qualitätssicherung.....	58
7. Notfallmanagement .....	59
8. Fortbildung und Supervision.....	59
9. Therapiedokumente .....	60
10. Literaturverzeichnis .....	66

## **Leitbild der Rehabilitation im Verbund**

(Klinik „Schloß Falkenhof“, Adaptionseinrichtung „An der Bergstraße“,  
Fachklinik „Am Birkenweg“)

### **Präambel**

Das Leitbild des Deutschen Caritasverbandes vom 6.5.1997 ist für alle Mitarbeiter eine verbindliche Arbeitsgrundlage. Die Vision „Not sehen und handeln“ setzen wir um, indem wir jedem, der mit Suchtfragen bei uns um Rat und Hilfe bittet, ein Angebot nach seinen Möglichkeiten machen.

Die Rehabilitation im Verbund ist eine Einrichtung des Caritasverbandes Darmstadt e.V. Sie versteht sich als Teil dieses Verbandes mit seinen verschiedensten Beratungs- und Hilfeangeboten für Menschen in Notlagen.

Im Leitbild zeigt sich der gemeinsame Wille der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer zielgerichteten und wertorientierten Zusammenarbeit.

Das Leitbild stellt einem fachlichen - wissenschaftlichen und ethischen Orientierungsrahmen dar, zeigt Ziele und Visionen auf und dient der Identifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem Verbund, sowie der Darstellung und Profilierung in der Öffentlichkeit.

Unsere Fachkompetenz bezieht sich auf die medizinische, psychische und berufliche Rehabilitation von Männern und Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen. Dabei spielen psychosoziale, psychoedukative, soziotherapeutische und psychologische Behandlungsmaßnahmen eine wesentliche Rolle.

An der vorangegangenen Diskussion zur Erstellung dieses Leitbildes haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen aktiv mitgewirkt. Das Leitbild wurde am 20.03.2009 im Großteam in der Klinik „Schloß Falkenhof“ verabschiedet.

### **I. Unser Menschenbild**

Unsere gemeinsame Basis ist ein ganzheitliches Menschenbild, das von einer christlichen Wert- und Sinnorientierung ausgeht. Respekt, Wertschätzung und Zuwendung sind die Basis für unsere fachkompetente Hilfe.

In ihrer Hilfebedürftigkeit haben Patienten Anspruch auf optimale, wissenschaftlich begründete Behandlung, die sich an der Behandlungsmotivation sowie den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Einzelnen ausrichtet. Unsere Einrichtungen sind Orte, an denen Menschen Unterstützung für eine gesunde, oft auch neue Lebensorientierung finden und Sinnerfüllung erfahren können. Hierbei nehmen wir auch unsere Verantwortung für Natur und Umwelt ernst.

Die Einrichtung bietet fachliche Hilfe unabhängig von ethnischer Herkunft, kultureller Prägung, sexueller Identität oder weltanschaulicher Überzeugung. Ansätze von Rassismus und Extremismus erkennen wir schnell und treten ihnen wirkungsvoll entgegen.

Zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Verbundes gehören Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft.

## **II. Unsere Stärken – Fachlichkeit und Qualität**

Fachlichkeit, Qualität und Professionalität stehen im Zentrum unseres Handelns mit den suchtkranken Menschen in unseren Häusern. Die Kommunikation untereinander ist ausschlaggebend für das Entstehen einer therapeutischen Gesamtatmosphäre.

Die Grundlage unseres Umgangs miteinander ist die gegenseitige Wertschätzung unabhängig von der Funktion des Einzelnen. Diese Haltung schafft eine hohe Verbindlichkeit und Effizienz auch im Umgang mit komplexen Krankheitsbildern unserer Patienten.

Mit der Schaffung verschiedener Behandlungsangebote und in enger Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern, Fachambulanzen, psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen, Krankenhäusern, psychiatrischen Kliniken, niedergelassenen Ärzten und Sozialdiensten halten wir ein breites Spektrum von Therapiemodulen vor, um den individuellen Bedürfnissen unserer Patienten gerecht werden zu können. Die „Reha im Verbund“ arbeitet an den Schnittstellen der einzelnen Einrichtungen eng zusammen.

Die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der jeweiligen Einrichtung formulierten Therapieregeln, die sich in der Hausordnung niederschlagen, stellen ein gemeinsam entwickeltes Instrument zur Überprüfung der für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendigen Rahmenbedingungen dar. Sie erlauben soziale Kontrolle in schwierigen Situationen in transparenter Form. Deswegen ist die regelmäßige Diskussion der Rahmenbedingungen von zentraler Bedeutung.

Wir stellen einen hohen Standard in der Strukturqualität sicher. Die damit verbundenen Dienstleistungsangebote beziehen sich somit neben allen medizinisch-therapeutischen Leistungen zusätzlich auf die Rahmenbedingungen. Gute Versorgung, Ausstattung, Freizeitangebote und gepflegtes Ambiente leisten wesentliche Beiträge zum Wohlbefinden der Patienten.

## **III. Unsere Ziele**

Entsprechend unserem rehabilitativen Auftrag arbeiten wir an der Wiederherstellung der psychischen und körperlichen Stabilität unserer Patienten. Dazu sind zufriedene Abstinenz, Eigenverantwortung und soziale Eingebundenheit als Ziele wesentlich.

Neben der Realisierung eines konstruktiven Therapieprozesses, der sowohl individuelle als auch adaptive Zielsetzungen gemeinsam mit den Patienten berücksichtigt, sind die nachstationären Angebote ein wesentlicher Bestandteil. Nur so gelingt es, Motivation für eine ambulante Nachsorgemaßnahme oder andere Formen weiterführender Rehabilitation oder Therapie zu erarbeiten.

Unsere Ziele erreichen wir durch die Anwendung unseres internen Qualitätsmanagements und eine wirtschaftliche Haushaltsführung. Darüber hinaus findet das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger Anwendung.

Als Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit und Prävention bieten wir Veranstaltungen für unterschiedliche Personengruppen an (z.B. Betriebe, Schulklassen und Firm- und Konfirmationsgruppen). Mit unseren Beiträgen in den Medien versuchen wir, die Bevölkerung für die vielfältigen Formen der Abhängigkeitsentwicklung und Behandlungsmöglichkeiten zu sensibilisieren.

Ein angemessener und transparenter Umgang mit finanziellen Mitteln schafft optimale wirtschaftliche Rahmenbedingungen zur Erfüllung eines erfolgreichen Therapieauftrages.

#### **IV. Unsere Mitarbeiter**

Die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit im Verbund und eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit sind ausschlaggebend für den Rehabilitationserfolg. Projektgruppen und Qualitätszirkel, Supervision, interkollegial oder extern, garantieren die hohe Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen, intern oder extern, sind ausschlaggebend für die Erarbeitung neuer Behandlungskonzeptionen.

In der Schaffung einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre liegt der Kernbereich der interdisziplinären Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, um so im Sinne eines ziel-orientierten Vorgehens den Patienten in allen Bereichen des Therapieprozesses Hilfestellungen anzubieten. Dazu gehört auch die vertrauensvolle Zusammenarbeit der Klinikleitung mit der Mitarbeitervertretung und durch Fürsorge für alle Mitarbeiter.

#### **V. Unsere Zusammenarbeit**

Neben der engen fachlichen Zusammenarbeit in den Fachverbänden pflegen wir auch die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen und Diensten unseres Trägers sowie anderen Verbänden auf regionaler und überregionaler Ebene.

Einen hohen Stellenwert haben die Selbsthilfegruppen des Kreuzbundes und weitere Selbsthilfeorganisationen. Wir sind offen für die Zusammenarbeit mit neuen Kooperationspartnern.

#### **VI. Perspektiven**

Mit der Inkraftsetzung dieses Leitbildes ist der Diskussionsprozess nicht abgeschlossen. Das Leitbild ständig weiterzuentwickeln verstehen wir als verantwortliche Aufgabe aller Mitarbeiter im Verbund.

Quellen:

- Grundordnung des kirchlichen Dienstes im Rahmen kirchlicher Arbeitsverhältnisse
- Leitbild des Deutschen Caritasverbandes (3. Auflage 10/97), Herausgeber: Deutscher Caritasverband e.V., Karlstr. 40, 79104 Freiburg

## 1. Vorwort und Einleitung

Das letzte von uns veröffentlichte Konzept stammt aus dem Jahr 2005. Nun kann man die Frage stellen, warum schon wieder ein neues oder wieso erst jetzt? Beide Fragen sind berechtigt. Neben dem Wunsch, aus drei Einzelkonzepten (Hauptkonzept, Ergänzungskonzept für die Behandlung drogenabhängiger Patienten und dem Konzept KoRS als Kombitherapie) ein Gesamtkonzept aus einem Guss zu entwickeln, erlebten wir in den letzten Jahren dann doch eine weitere Ausdifferenzierung und Individualisierung der Angebote und Maßnahmen, die uns zu diesem Schritt veranlassten. Die Zunahme komorbider Erkrankungen machen hausintern Fortbildungsmaßnahmen erforderlich, so dass wir unsere Kenntnisse in der Behandlung von Belastungsstörungen und posttraumatischen Störungen verbessern konnten. Durch die Einstellung von Fachkräften ab 2009 konnten die Bereiche Ernährungsberatung, -schulung und die Sporttherapie weiter ausgestaltet werden.

Durch Neueinstellungen von qualifizierten Pflegekräften konnte der Spät-, Nacht- und Wochenenddienst durch Fachkräfte besetzt werden. Dies sind Entwicklungsschritte, die in enger Abstimmung mit unserem Hauptbeleger, der DRV Bund in Berlin, vollzogen wurden.

Neben dem, was uns im Inneren bewegt, haben natürlich auch äußere Veränderungen der Rahmenbedingungen Eingang in dieses Konzept gefunden. Selbstverständlich spielen für uns die Entwicklungen im Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger eine wesentliche Rolle und wir nehmen die Ergebnisse aus den Berichten, die zwischenzeitlich auch mit Qualitätspunkten hinterlegt sind, ernst und arbeiten sie in unsere Konzepte ein. Auch unser internes Qualitätsmanagementsystem funktioniert reibungsarm und gibt stets neue Erkenntnisse und Entwicklungen aus den Abläufen preis. Außerdem haben wir uns mit den Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund 2010) beschäftigt und haben die Therapiestandards weitgehend in unsere Beurteilung der Therapieabläufe verankert. Zuletzt haben wir uns mit den Anforderungen der Teilhabegerechtigkeit und der Übersetzung in die Klassifizierung nach dem ICF orientiert. Auch diese Entwicklungen sind in unsere konzeptionellen Überlegungen eingeflossen.

Aus diesen ganzen Entwicklungen setzt sich immer mehr die Gewissheit durch, dass eine individuelle Therapie für jeden einzelnen Rehabilitanden das Maß der Dinge ist. Gleichzeitig schränken uns die Standardisierungen und die Notwendigkeit zur wirtschaftlichen Betriebsführung in der Individualität ein. Die Anforderung in Einklang mit der Wirtschaftlichkeit zu bringen ist ein ständiger Balanceakt.

Bei aller Bedeutsamkeit der Klassifikation therapeutischer Leistungen und evidenz-basierter Therapiemodule sowie der derzeit diskutierten Fallgruppenorientierung, spielt für uns die Alltagsnähe und die Praktikabilität der Therapie für den Rehabilitanden eine entscheidende Rolle. Wir arbeiten stets und unmittelbar daran, dass alles, was der Rehabilitand innerhalb der Therapie erfährt, für seine Alltagsgestaltung relevant ist. Dabei gehen wir vom Konzept der „Rehatherapie“ aus, die uns verpflichtet die Lebensumstände und Gestaltungsprinzipien genau zu erfassen und den Patienten bei Bedarf in sein häusliches Milieu zu begleiten.

Der Dank für die Erstellung dieses Konzeptes geht insbesondere an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Rehabilitationsteam und aus den Verwaltungs- und Wirtschaftsbereichen der Klinik. Besonderer Dank richtet sich an unseren leitenden Psychologen, Herrn Reichel, der die konzeptionelle Entwicklung voranbringt und auch beschreibt. Zuletzt danken wir unserer aufmerksamen und umsichtigen Sekretärin, Frau Gabriele Gerhard für die redaktionelle und layouttechnische Umsetzung des Konzeptes. Wir hoffen, dass es bei aller Wissenschaftlichkeit lesbar bleibt und möchten zum Ausdruck bringen, dass sowohl Männer und Frauen sich in den Formulierungen wiederfinden.

Bensheim, im Mai 2014

Die Klinikleitung

## 2. Strukturmerkmale der Klinik „Schloß Falkenhof“

Die Klinik „Schloß Falkenhof“ liegt etwa 2,5 km außerhalb des Zentrums von Bensheim. Sie ist eingebettet in ein Parkgelände, das an größere Waldgebiete angrenzt. Auf den ersten Blick fällt das 1902 gebaute Schloß mit seinen Natursteinen, seinen Giebeln und seiner großzügigen Diele, die als Aufenthaltsraum genutzt wird, ins Auge. Durch das gegenüberliegende Hauptgebäude, in dem der größte Teil der Patienten in Einzel- und Doppelzimmern untergebracht ist, ergibt sich in der Gesamtposition eine überschaubare Größe mit insgesamt 68 Behandlungsplätzen. Zusätzlich verfügt die Einrichtung über eine Turnhalle, ein Hallenbad, moderne Werkstätten und großzügige Bereiche zur Freizeitgestaltung. Bei der Ausstattung der Patientenzimmer und der Aufenthaltsräume wurde auf eine freundliche und wohnliche Atmosphäre geachtet. Alle Einzel- und Doppelzimmer verfügen über Dusche und WC. Einzelne Strukturmerkmale sind:

- 5 Gruppentherapieräume
- 2 Aufenthaltsräume
- Physiotherapiebereich
- Bäderbereich
- Schwimmbad / Sauna
- Sportraum mit Kardio- und Fitnessgeräten
- 20 Einzelzimmer
- 29 Doppelzimmer
- davon 3 barrierefreie Zimmer
- 25 überlange Betten (2,20 m)
- EDV-Schulungsraum
- 2 öffentliche Internetterminals
- Kunst- und Ergotherapiebereiche
- Werkstätten (Holz, Metall), Garten, Gewächshaus
- Hobbyräume
- Cafeteria
- 3 Speisesäle
- Selbstversorgerküche und Lehrküche

Trotz der dezentralen Lage sind die Verkehrsverbindungen optimal. So können die großen Städte Frankfurt, Wiesbaden, Mainz, Darmstadt, Heidelberg, Mannheim und Ludwigshafen in weniger als einer Stunde erreicht werden. Bensheim ist IC-Bahnhof. Es besteht eine direkte Busverbindung vom Bahnhof zur Haltestelle „Schloß Falkenhof“.

Träger der Klinik ist der Caritasverband Darmstadt e.V. Begonnen wurde mit der Behandlung Abhängigkeitskranker im Jahre 1968. Nach baulichen Erweiterungen können seit 1972 68 Patienten in der Einrichtung behandelt werden. Federführender Leistungsträger der Klinik „Schloß Falkenhof“ ist die Deutsche Rentenversicherung Bund. Es werden auch Selbstzahler, Beihilfeberechtigte und Patienten mit Leistungszusagen von Krankenkassen aufgenommen.

Die Klinik bietet stationäre Behandlung und Kombitherapie innerhalb des Verbundes der Caritasverbände in Hessen sowie mit anderen Partnern der Region an. Sie ist in zahlreichen südhessischen Gremien und Verbänden ebenso aktiv wie durch ihre Zugehörigkeit zu bundesweit tätigen Verbänden wie

- der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu e.V.)
- dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“)
- der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser in Hessen
- und dem katholischen Krankenhausverband Deutschland e.V.



### **3. Konzept**

#### **3.1 Theoretische Grundlagen**

Trotz aller psychologischer und neurobiologischer Bemühungen der letzten Jahre ist es nicht gelungen, die Suchterkrankung ätiologisch einzugrenzen und einem monokausalen Entstehungsmechanismus zuzuordnen. So kann keine Wissenschaft allein ein befriedigendes Erklärungsmodell oder eine wirksame Behandlungsform anbieten. (Soyka, M. 1995, Lindenmeyer, J. 2005).

Weiterhin ist bis heute keine eindeutige prämorbid Persönlichkeit bekannt, aufgrund derer eine Suchterkrankung vorhergesagt werden kann. Aus den Untersuchungen der letzten Jahre lässt sich jedoch ableiten, dass Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung und mit Aufmerksamkeitshyperaktivitätssyndrom (ADHS) signifikant häufiger suchtkrank werden (Ohlmeier, 2007). Von den Kindern alkoholabhängiger Eltern entwickeln ca. 33 % bis 40 % selbst eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung (Klein, 2010).

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) werden in den letzten Jahren in Suchtkliniken immer häufiger diagnostiziert. Auch wenn sie häufig durch Depressionen, Angststörungen oder Somatisierungsstörungen primär überdeckt sind, kristallisiert sich das Ausmaß einer Belastungsstörung mit wiederkehrenden Sinneseindrücken (Flashbacks), Alpträumen und eines andauernden Gefühls des Betäubtseins und der emotionalen Stumpfheit heraus. Freudlosigkeit, Vermeidungsstrategien, Übererregbarkeit und Vigilanzsteigerung sind ebenfalls häufig vorhanden. Aufgrund eigener Erfahrungen in den letzten Jahren gehen wir davon aus, dass etwa 25-30 % unserer männlichen Patienten eine entsprechende Diagnose mitbringen, während der Anteil traumatisierter suchtkranker Frauen in entsprechenden Fachkliniken wesentlich höher ist (Lüdecke, 2010).

Die Konzepte der „funktionalen Gesundheit“ als Ansatz in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007) haben erhebliche Auswirkungen auf das Grundverständnis und die Haltung im therapeutischen Prozess. So ist es nicht nur der Auftrag einer Fachklinik, sich mit den Gesundheitsproblemen, Erkrankungen und Krankheitsdiagnosen nach der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10“ (Dilling, et al., 2004) auseinander zu setzen, sondern vielmehr mit den Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblemen einer Person und ihren Kontextfaktoren entsprechend dem biopsychosozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Gesundheit (ICF; WHO, 2001). Bei den Kontextfaktoren werden umwelt- und personenbezogene Faktoren unterteilt. Die Umweltfaktoren erfassen das unmittelbare, persönliche Umfeld eines Menschen sowie die sozialen Strukturen und Systeme in der Gesellschaft. Bei personenbezogenen Faktoren handelt es sich um Eigenschaften einer Person, die nicht Teil ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Verfassung sind. In Betracht kommen: Alter, Geschlecht, Bildung, Erfahrung, Persönlichkeit, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Beruf sowie vergangene und gegenwärtige Erlebnisse. Um die Kontextfaktoren im Rahmen einer stationären Therapie wahrzunehmen, bedarf es einer alltagsbezogenen Exploration, in der es gelingt, die Lebensgestaltung, den Tagesablauf, die Teilhabe und die Aktivitäten zu erfassen, um daraus die therapeutischen Maßnahmen und Zielsetzungen abzuleiten. Daraus ergibt sich aber auch, dass eine Außenorientierung während der stationären Rehabilitation durchgängig erhalten bleiben muss, um die Lebensbedingungen des Patienten nicht außer Acht zu lassen. So ist unser Verständnis der Rehabilitationstherapie in den letzten Jahren immer mehr im Sinne einer Außenorientierung gewachsen. So sind Hausbesuche, Betriebsgespräche vor Ort und das Einbeziehen strategisch wichtiger Bezugspersonen in die Therapie mittlerweile gängige Praxis.

Seit 2010 setzen wir in enger Kooperation mit den Fachambulanzen des Caritasverbandes Darmstadt und aufgrund einer gemeinsamen Fort- und Weiterbildung in der Klinik „Schloß Falkenhof“ das Konzept des Community Reinforcement Approach -CRA (Meyers, R. et al., 2007) um, das in Deutschland unter dem Begriff der „gemeindeorientierten Suchttherapie“ langsam an Bekanntheit gewinnt (Lange, 2008). Im Kernbereich dieses Konzeptes versu-

chen wir eine den Möglichkeiten und der Motivation des Patienten entsprechende verhaltenstherapeutische Entwicklung anzustreben, in der es gelingt, den Patienten für ein Behandlungssetting zu gewinnen, um so Schritt für Schritt die Abhängigkeitserkrankung zu überwinden. Das Neue dabei ist, dass die Kernelemente sich noch mehr als bisher auf eine positive Verstärkung aus dem sozialen Umfeld beziehen. Die bisherigen Verstärker des Suchtmittels sollen dadurch reduziert werden, um eine gewünschte Suchtmittelabstinenz langfristig anzustreben. Gemeinsam mit den Patienten werden befriedigende, nicht konsumassoziierte soziale Aktivitäten erarbeitet, die mit dem Konsumverhalten konkurrieren und somit die Abstinenz unterstützen. Dieses Konzept wird in enger Kooperation mit den Fachambulanzen und Suchtberatungsstellen umgesetzt. Bereits im Vorfeld werden die Patienten im Rahmen von motivierenden Gesprächen über Ziele und Entwicklungen schriftlich befragt. Diese Unterlagen werden uns vor Therapiebeginn zugesandt, so dass wir diese Zielsetzungen, die weit über die Zielsetzungen des Sozialberichtes hinausgehen, während der stationären Therapie weiterverfolgen und adaptieren.

Ein Brückenschlag zwischen Neurobiologie und Psychotherapie bedeutet die Veröffentlichung des Buches „Neuropsychotherapie“ von Klaus Grawe, 2004. Neben der Erweiterung unseres Verständnisses für unser eigenes Handeln in der Therapie werden hier Wirkmechanismen aufgezeigt, die auch Auswirkung auf die Optimierung diagnostischer Verfahren beinhalten.

Eindrucksvolle neurobiologische Erkenntnisse der letzten Jahre werden so weit wie möglich in die klinische Arbeit integriert. Die Entdeckung des so genannten Suchtgedächtnisses scheint das bislang rein erfahrungsgelenkte Therapieziel „Totalabstinenz“ wissenschaftlich zu legitimieren (Böning, 2000). So scheint es neben Lernvorgängen aufgrund der neurobiologischen Erkenntnisse Prägungsvorgänge zu geben, die bisher in diesem Ausmaß nicht erwartet wurden (Beck, 2008). Diese Erkenntnisse machen aber auch deutlich, dass diese besondere Art der psychischen Prozesse auch die leichte Verfügbarkeit und Lösungsresistenz dieser „Gedächtnisinhalte“ (Verhaltensänderungen) verständlich macht. Während es wohl in der ersten Phase der Suchtentwicklung wie beim motorischen Lernen um rein kortikale Lernprozesse geht (vergleichbar mit Missbrauch und schädlichem Konsum), scheint es bei Ausbildung des Suchtgedächtnisses im weiteren Verlauf in anderen, subkortikalen Stammganglien Areale zu geben, in denen nicht mehr löschrare Prozesse abgelegt werden. Ähnlich den automatisierten Bewegungsmustern, die unlöschrare lebenslang erhalten bleiben (wie beim Schwimmen, Schreiben, Sprechen usw.), scheint auch chronifiziertes Suchtverhalten ähnlichen Gesetzen zu unterliegen. Die sich daraus entwickelnden Implikationen für die Therapie bedeuten erstrangig, dass die Patienten über solche Abläufe und neurobiologischen Erkenntnisse ausreichend in den Gesundheitstrainings und Therapiestunden informiert werden. Darüber hinaus gilt es, individuelle rückfallbegünstigende Situationsfaktoren ebenso zu erarbeiten, wie sich mit Cravingprozessen (Suchtdruck) und den daraus folgenden Notfallmaßnahmen für entsprechende Situationen auseinander zu setzen.

Ein weiteres wesentliches System in der Entstehung der Abhängigkeitserkrankung ist das im mesolimbischen Bereich verankerte Belohnungssystem. Bildgebende Techniken der letzten Jahre konnten deutlich machen, wie stark dieses System auf Außenreize, insbesondere auf Suchtmittel reagiert. Neben den primär physiologischen Reizen des Belohnungssystem, die durch Essen, soziale Kontakte, andere sensorische Eindrücke, Sport, Sexualität und vieles mehr angeregt werden, können Suchtmittel das Belohnungssystem in empfindlichem Ausmaß fehlsteuern. So sind die uns letztlich glücklich machenden Neurotransmitter immer mehr an den erneuten Konsum des Suchtmittels gebunden. Darüber hinaus entsteht ein zunehmender Drang, das Suchtmittel wieder zu konsumieren, da ein Weglassen die Stimmung verschlechtert und den Suchtdruck erhöht. Dies bedeutet für die Therapie, ausreichend positive Verstärker für das Belohnungssystem für jeden einzelnen Patienten zu entwickeln und somit eine neue Genussfähigkeit zu schaffen, die über das Suchtmittel hinaus dem Patienten Wohlbefinden und Lebensqualität sichert. Aber auch Aktivitäten mit anderen Menschen triggern das Belohnungssystem und steigern Selbstwert und Kraftquellen entscheidend. Vertrauensvolle Beziehungen und Bindungen tragen damit ganz wesentlich zur Aufrechterhal-

tung und Gestaltung der Abstinenz bei, während sozialer Rückzug und Isolation „seelische Schmerzen“ darstellen, die rückfallauslösend sein können (Bauer, 2005).

In der Therapie bedeutet dies Patienten zu ermutigen, besonders achtsam mit Situationen umzugehen, in denen sie mit Schlüsselreizen des frühen Alkohol- bzw. Drogenkonsums konfrontiert werden. Diese Reize können ein weitgehend habituiertes und subjektiv wenig reflektiertes Verhaltensmuster auslösen. Das Erlernen alternativer Verhaltensweisen muss daher geübt werden, bis es als habituiert gelten kann (Beck, 2012).

Diese neurobiologischen Erkenntnisse bezogen auf Suchtgedächtnis und Belohnungssystem machen aber auch deutlich, dass die Gefahr einer erneuten Abhängigkeitsentwicklung mit dem Umstieg (Suchtverlagerung) auf ein anderes, bisher vom Patienten kaum oder nur zusätzlich gelegentlich genommene Suchtmittel besteht. Eine Erkenntnis, die für drogenabhängige Patienten häufig schwierig ist, wenn sie hören, dass ein Umstieg auf Alkohol mit einer erheblichen Suchtverlagerung und mit erheblichem Abhängigkeitspotenzial verbunden ist.

In der Therapie soll der Patient lernen, sein Leben und Handeln wieder eigenverantwortlich zu führen. Therapie ist damit ein zeitlich begrenzter Lernprozess, in dem der Patient seine Selbststeuerungsfähigkeit wieder erlangt und damit ein eigenverantwortlich selbstkontrolliertes und autonomes Leben führt (Kanfer, 1990). Die Ressourcenaktivierung stellt dabei eine praktikable und sinnvolle Methode dar. Therapie wird als Trainingsfeld verstanden, indem vorhandene Fähigkeiten wiederentdeckt und alternative Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten erarbeitet werden.

Als Ausgangspunkt für die Entwicklung einer Veränderungsbereitschaft bedarf es eines Aufbaus einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Im methodischen Vorgehen hat sich dabei die systemische Therapie bewährt. Zusätzlich werden als Therapiemethoden Elemente des Psychodrama und der Gesprächspsychotherapie eingesetzt. Auch die in unserem Haus zunehmend erworbenen traumatherapeutischen Qualifikationen der Therapeuten gelingt es, entsprechend der Zunahme dieser Erkrankungen durch Stabilisierungs- und Distanzierungsübungen diesen Patienten wesentliche Hilfestellungen zur Bewältigung anzubieten.

Die methodische Vielfalt in der Klinik, die in der wechselseitigen Intervention unter den therapeutischen Mitarbeitern stattfindet, erlaubt ein hohes Maß an Kreativität und Ideenvielfalt.

Eine Besonderheit in der therapeutischen Beziehung mit Suchtkranken ist die Gleichzeitigkeit von Empathie und sozialer Kontrolle. Diese Doppelposition muss dem Patienten gegenüber definiert werden, damit in kritischen Situationen (z.B. Suchtmittelrückfall) eine Klärung durch Kontrollmaßnahmen ermöglicht wird, ohne die therapeutische Beziehung durch Vertrauensbruch oder irreparable Kränkung dauerhaft zu gefährden. Diese gelebte Transparenz ermöglicht, dass der Therapeut weiterhin ein akzeptierter, vertrauensvoller Gesprächspartner bleibt.

Insgesamt ist unsere Grundhaltung von Wertschätzung und Achtung der uns anvertrauten Patienten geprägt, in der Annahme, dass die wesentlichen Lösungskompetenzen beim Patienten selbst liegen. Weiterhin sind Nächstenliebe und Toleranz als Ausdruck des christlichen Menschenbildes und unseres caritativen Auftrags wichtige Eckpunkte im Umgang mit den Patienten.

### **3.2 Indikation und Kontraindikation**

Die Klinik Schloß Falkenhof behandelt Männer, die von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen abhängig sind. Entsprechend dem ICD-10 (2006) sind hierfür die Diagnosen F 10 bis F 19 vorzusehen.

Durch die gemeinsame Behandlung von alkohol-, medikamenten- und drogenabhängigen Patienten entstehen Synergieeffekte, die wir im Ablauf der stationären Therapie nutzen. So können zwischen den Patientengruppen fruchtbare Auseinandersetzungen über moralische Werte, Grenzüberschreitungen oder Schuldgefühlen stattfinden, die zu einer differenzierten Selbstwahrnehmung sowie der Erkenntnis von Gemeinsamkeiten hilft. Anfangs eher vorurteilsbelastete Abgrenzungen können aufgelöst und kritisch selbstreflektiert werden.

Zu den **komorbiden Störungen**, die in der Klinik „Schloß Falkenhof“ mitbehandelt werden gehören: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F 60 bis F 69, affektive Störungen F 30 bis F 39, neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen F 40 bis F 48, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F 20 bis F 29, verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend F 90 bis F 98.

Entscheidend in der Frage der Mitbehandlung komorbider Störung sind die Schwere und die Ausprägung der Erkrankung. Bei Psychosen, bipolaren Störungen und Depressionen sollte der Patient krankheitseinsichtig sein, es sollte eine ausreichend gute Einstellung der Medikation bereits erfolgt sein und der Patient bereit sein, die Medikamente zu akzeptieren und selbständig einzunehmen. Akute Suizidalität muss ausgeschlossen sein. In der Klinik liegt dann der Schwerpunkt auf der vertieften Bearbeitung eines angemessenen Krankheitsverständnis, der Akzeptanz der Erkrankung und der Erarbeitung verschiedener Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung, damit der Patient trotz der Erkrankung eine zufriedene Lebensführung und Alltagsbewältigung erreichen kann. Sollte die bestehende Erkrankung während der Rehabilitation sich so deutlich verschlechtern, dass eine zuverlässige Teilnahme am Rehaprogramm nicht mehr stattfinden kann, muss ggf. eine interkurrente Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus erfolgen. Nach ausreichender Besserung der akuten Symptome kann dann die Reha-Behandlung fort gesetzt werden.

Zur angemessenen Behandlung komorbider Erkrankungen ist es erforderlich, dass das gesamte Behandlungsteam ausreichende Kenntnisse über die Erkrankungen und den Umgang damit hat, in hohem Maße ressourcenorientiert arbeitet und eine sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team praktiziert. Oft müssen sehr individuelle Lösungen während der Behandlung gefunden werden, was Flexibilität, Ausdauer und Geschick von den verschiedenen Therapeuten erfordert. Außerdem muss frühzeitig eine passende Nachsorgemöglichkeit geplant werden, die Kontaktaufnahme mit den bisherigen Behandlern und Betreuern bzw. mit geplanten Nachbehandlern erfolgen, um eine nahtlose Weiterbehandlung und -betreuung zu gewährleisten und das Behandlungsergebnis nicht zu gefährden. Hierfür ist eine sehr gute regionale Vernetzung unabdingbar.

In unserer Fachklinik werden ausschließlich Männer ab dem 18. Lebensjahr mit einer Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit behandelt. Dabei haben wir uns in den letzten Jahren immer mehr mit männerspezifischen Themen ebenso befasst, wie Genderaspekte in der Ausprägung des Suchtverhaltens wahrzunehmen und entsprechende Angebote während der Rehabilitation vorzuhalten (Brägelmann – Tan, 2008).

In der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen sind Männer sehr abhängig von altersspezifischen Erwartungshaltungen, beruflichen Entwicklungen im Erwerbsleben, Freundeskreisen, ihrem Leistungsanspruch, um ihren persönlichen Eindrücken einer bestimmten Erwartungshaltung in Peer-Gruppen gerecht werden zu können. Sie lernen oft nicht, ihren Gefühlen angemessen zu trauen, das Mitteilen eigener Versagensängste und Selbstwertkrisen gelingt ihnen nicht, sie kommunizieren letztlich nicht, was in ihnen vorgeht. (Henkel, 2008).

In der Therapie werden genderspezifische Themen wie Männerfreundschaften, Selbstwahrnehmung, Sensibilität, eigene Gefühle, Verhältnis zum eigenen Körper, Selbstdefinition über den Beruf, Sexualität, Gewalt und -erfahrung, Männlichkeit, Männerbilder, Verantwortung, Männer und Macht, väterliche Vorbilder problematisiert und in den Therapiegruppen und Indikationsgruppen vertieft.

So glauben wir, dass ein Schutzraum für Männer sinnvoll ist, gerade um diese Themen miteinander zu kommunizieren. Auch die Frage der Identitätsbildung und persönlichen Reife

kann in Abhängigkeit vom Setting und den Möglichkeiten unter Männern gestaltbar sein. Die Rückmeldungen unserer Patienten aus den letzten Jahren bestätigen diese Annahme. So berichten sie:

- Sich gut auf die Therapie in einer Männerklinik einlassen zu können, da sie sich weniger abgelenkt fühlten,
- erstmals intensive Männerfreundschaften eingegangen zu sein,
- die Konkurrenz unter Männern, wenn Frauen fehlen, wesentlich niedriger sei,
- sie sich emotional öffnen konnten und sich angenommen und verstanden fühlten,
- wesentlich mehr als erwartet von diesem Setting profitiert zu haben,
- es für Angehörige (Freundin, Partnerin, Ehefrau) beruhigend war, den Mann in einer Männerklinik zu wissen.

Altersspezifische Aspekte haben uns in den letzten Jahren bei der Indikationsstellung und der Umsetzung spezifischer Therapiemaßnahmen beschäftigt. So entstand 2008 eine Behandlungsindikation für Patienten unter 30 Jahren. Neben einer höheren Verbindlichkeit und Struktur in der Aufnahmephase werden in diesem Behandlungsprogramm auch Außenaktivitäten zusätzlich angeboten, die die Begeisterungsfähigkeit und Lebensfreude dieser Patientengruppe steigern (siehe unter Indikationsgruppe „U30-Gruppe“).

Gleichrangig dazu war es notwendig, für die älteren Patienten das Behandlungssetting dahingehend zu modifizieren, dass diese nicht mit dem gleichen Tempo in die Rehabilitation hineinwachsen müssen und zum Anderen wesentlich mehr Anregungen für die zukünftige Lebens- und Freizeitgestaltung erhalten müssen. So wurde 2010 eine Therapiegruppe installiert, die wir als Ü-55-Gruppe fest in der Einrichtung verankerten (siehe unter Indikationsgruppen Ü-55-Gruppe).

In der Gleichzeitigkeit von Gemeinsamkeiten und Unterschieden gilt es, insbesondere bei den jungen Drogenpatienten, die nach §35/36 – Therapie statt Strafe – unsere Einrichtung aufsuchen, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit diese in den ersten Wochen mit den plötzlich auf sie zukommenden Freiräumen und Freiheiten angemessen umgehen lernen. Wir haben für diese Patientengruppe eine 4wöchige Ankomphase vorgesehen, in der wir Rahmenbedingungen für Offenheit, Rehabilitationsakzeptanz und für das Regelwerk der Einrichtung erarbeiten. So ist unsere Ausgangs- und Besuchsregelung eine zunehmend individualisierte, in der auch die Heimfahrten und die damit verbundene Außenorientierung regelmäßig abhängig vom Therapieprozess und der Stabilität des einzelnen Patienten ist.

Kontraindikationen ergeben sich analog der Indikationshinweise für Patienten, bei denen das Ausmaß der komorbiden Störung eine akut psychiatrische Behandlung erforderlich macht. Aber auch eine durchgängig fehlende Motivation für eine Veränderungsbereitschaft löst aus unserer Sicht eine vorzeitige Beendigung der stationären Reha aus. Diese Patienten können im Kontakt mit der Einrichtung bleiben. Sofern sich durch Alltagserfahrungen neue Gesichtspunkte ergeben, ist zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Behandlung möglich.

### **3.3 Rehabilitationsziele**

Wir verfolgen als übergeordnetes Therapieziel die Wiederherstellung der psychischen und körperlichen Stabilität als Voraussetzung für die zukünftige Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit. Dies umfasst die Aneignung alternativer Bewältigungsmöglichkeiten sowie die Klärung persönlicher Perspektiven und Werte für eine selbstverantwortliche Lebensplanung und Lebensgestaltung. Dafür erachten wir die Abstinenz als eine wesentliche Voraussetzung. Für den Patienten bedeutet dies eine zunehmende Selbstakzeptanz und eine Verbesserung des Selbstwertes, die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse besser wahrzunehmen und umzusetzen sowie die Übernahme von Verantwortung und das Erleben von Entscheidungsfähigkeit. Für den Aufbau von Beziehungen bedeutet dies die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit hinsichtlich der Entwicklung von Empathie und Fürsorge für den anderen. Durch die Reflexion

des Herkunfts- und Familienkontextes soll es ermöglicht werden, jedem Menschen Anerkennung und Achtung für das zukünftige gemeinsame Leben zu vermitteln, die Konfliktfähigkeit und soziale Verantwortung zu verbessern aber auch das eigene Rollenverständnis als Mann zu reflektieren, um eine bessere Nähe–Distanz–Regulation und eine größere Lebensfreude und -zufriedenheit zu entwickeln. Weiterhin ist eine Auseinandersetzung mit den Fragen des eigenen Lebensstils und der Sinn- und Wertstrukturen oft bedeutungsvoll. So kann der stationäre Kontext für viele Patienten einen Rahmen darstellen, in dem im Sinne der "bezogenen Individuation" (Stierlin, 1994) wesentliche Überprüfungs- und Klärungsprozesse möglich sind.

Entsprechend unserem Grundverständnis der Abhängigkeitserkrankung gehen wir davon aus, dass Lebensbedingungen, Lebensstil und Kontextfaktoren ganz wesentlich zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung beitragen. In der Frage der Motivation für eine stationäre Therapie sind anfangs häufig extrinsische Faktoren (Angehörige, Arbeitgeber, Arbeitsagentur etc.) führend. Unter Einbezug der Vorfelderfahrungen, z.B. in der Fachambulanz, kann es in der Aufnahmephase bereits gelingen, für den Patienten angemessene und erreichbare Ziele zu formulieren. Die hohe Erwartungshaltung der Rehabilitationsmitarbeiter kann natürlich auch zu Anpassungsleistungen führen, indem der Patient von ihm erwartete Zielsetzungen vorgibt, ohne diese kritisch hinterfragt und reflektiert zu haben.

Neben einer ausführlichen Exploration gilt es daher, dass es den Mitarbeitern der Einrichtung gelingt, mit dem Patienten die Voraussetzungen für die individuellen Therapieziele zu schaffen. Ein Behandlungsteam von Arzt, Gruppen-, Einzeltherapeut und Arbeits-/ Ergotherapeut begleiten den Patienten während der gesamten Rehabilitation. Die mit dem Patienten in der Aufnahmephase erarbeiteten individuellen Ziele, untergliedert für den medizinischen, bezugs- und arbeitstherapeutischen Bereich, auf der sog. **Therapiezielkarte** (siehe Anhang Therapiedokument 3) eingetragen, die der Patient fortlaufend zu den Einzelgesprächen und Zwischenbilanzen selbst bewertet. Da Ziele kein statisches Element sind, werden diese während der Rehabilitation immer wieder neu definiert und nachgebessert. So können unter der Rubrik „Adaptive Zielsetzung“ Erfahrungswerte und neu definierte Ziele während der Rehabilitation schriftlich fixiert, verfolgt und bewertet werden.

Grundsätzlich sollten Ziele möglichst konkret nachvollziehbar und innerhalb eines definierten, überschaubaren Zeitrahmens erreichbar sein. Die Aufgabe der therapeutischen Mitarbeiter liegt darin, den Patienten ähnlich eines Coachs mit Motivation und Hilfestellung bei der Erreichung dieser Ziele zu unterstützen, auf Vermeidungsstrategien hinzuweisen, aber auch Ressourcen und Zwischenziele zu definieren und diese zu sichern.

Rehabilitationsziele sind sehr umfassend und individuell. Sie beziehen sich auf psychosoziale, somatische, funktionale und edukative Maßnahmen und beziehen die Ebene der Aktivität und Teilhabe mit ein (DRV Bund, 2010), so dass die Rehabilitation Suchtkranker immer eine Auseinandersetzung mit der Lebenssituation, den Kontextfaktoren und der daraus resultierenden Rückfallgefährdung bedeutet. Im günstigsten Fall gelingt dabei eine Aufrechterhaltung der aktiven Teilhabe am Leben in Ausbildung, Beruf, Familie und Gesellschaft ohne Suchtmittelkonsum. Der hohe Anteil an somatischen Folgeerkrankungen und psychiatrischen komorbiden Störungen muss diese Störungsbilder und Handicaps einbeziehen und sich bezogen auf die Zielsetzung gerade an bleibenden Folgeerscheinungen von Gesundheitsstörungen orientieren, damit auch diese Menschen trotz Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung durch die Entwicklung von Kräften und Ressourcen und zusätzlichen Hilfen (Leistungen zur Teilhabe, LTA) möglichst ein suchtmittelfreies Leben führen können.

Insbesondere junge Patienten die noch keine Beiträge zur Rentenversicherung leisten und berentete Patienten, die keine Beiträge mehr zahlen erhalten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkasse. Hier geht es um die Vorbeugung einer drohenden Behinderung, aber auch wesentlich um die Frage der Besserung und der Vermeidung von Verschlimmerung der Erkrankung.

Das biopsychosoziale Verständnis der Krankheitsentwicklung baut auf die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf. Der wichtigste Begriff der ICF ist der Begriff der „funktionalen Gesundheit“. Dabei wird Gesundheit als Zustand definiert, in dem es einer Person gelingt, vor ihrem gesamten Lebenshintergrund ihre Körperfunktion und –Strukturen der Norm entsprechend zu gestalten. Wenn sie also alles tun kann, was unter Berücksichtigung aller Kontextfaktoren von einem Menschen erwartet wird.

Während die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) die zugrundeliegenden Erkrankungen diagnostiziert und verschlüsselt, gelingt es der ICF die Folgeerscheinungen von Krankheit, Behinderung und funktionaler Aspekte von Gesundheit und Behinderung unter Berücksichtigung des Lebenshintergrundes einer Person darzustellen. Zielsetzung ist dabei eine Verbesserung der Teilhabe Behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen an der Gesellschaft. Dies bedeutet, dass der ICF gerade dort ansetzt, wo das biomedizinische Modell die Auswirkung der Gesundheitsprobleme (ICF) auf die funktionale Gesundheit nicht beschreiben kann. Im Wesentlichen entwickeln sich hieraus vier Zielsetzungen für die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter:

- **Psychosoziale** Ziele beinhalten die Beseitigung oder Verringerung psychischer Beeinträchtigungen und sozialer Belastungen unter Berücksichtigung der psychischen und sozialen Ressourcen.
- **Somatische** Ziele beinhalten die Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Körperfunktionen und Körperstrukturen mit dem Ziel einer Begrenzung bzw. Verringerung der organischen Schäden und Beschwerden und der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit.
- **Edukative** Ziele beinhalten die Vermittlung von Kenntnissen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens und Verbesserung der Fähigkeiten. Aber auch auf die Beherrschung von Techniken zur Bewältigung von Belastungen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung.
- Ziele der **Aktivität und Teilhabe** beziehen sich auf die Beseitigung von Einschränkungen im alltäglichen Leben, was sich ganz besonders in den Leistungsanforderungen im Beruf und Alltag niederschlägt.

Gerade in der Behandlung der Abhängigkeitserkrankungen ist das Konzept der Aktivitäten und das Konzept der Teilhabe in allen Lebensbereichen entscheidend, weil nur so die Voraussetzungen für eine zufriedene Abstinenzfähigkeit geschaffen werden können. Der Einbezug von Angehörigen und strategisch wichtiger Bezugspersonen wie Sozialdienste, betriebliche Kollegen und Vorgesetzte, Betreuer etc. macht eine erweiterte Perspektive und Sichtweise erst möglich. Die aufsuchende Arbeit, insbesondere bei sozialem Brennpunkt, schwieriger Familiensituation oder notwendiger Ablösung, lässt eine Perspektive zu, in der die notwendigen Entwicklungsschritte und Ziele wesentlich konkreter erfasst werden können.

### 3.4. Rehabilitationsdauer

In Abstimmung mit der Rentenversicherung (DRV Bund) hält die Klinik mehrere Behandlungsmodul vor.

- Die kombinierte Rehabilitation Sucht mit einer achtwöchigen stationären Phase und verbindlicher ambulanter Rehabilitationsphase (KoRS)
- Die mittelfristige Behandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten von 12 bis 15 Wochen, die auch drogenabhängige Patienten mit einer Leistungszusage über 13 Wochen (Kombi-Therapie) berücksichtigt

- Die längerfristige Behandlung von Patienten mit Drogenabhängigkeit und Polytoxikomanie mit bis zu 26 Wochen
- Die Wiederholungsbehandlung mit bis zu 10 Behandlungswochen
- Die Auffangbehandlung von 6 Wochen

Diese Behandlungszeiten sind für uns hilfreiche Vorgaben, da die Patienten bereits im Vorfeld der Therapie eine entsprechende Leistungsgenehmigung in schriftlicher Form erhielten, mit der sie sich auseinandersetzen. Während des Reha-Verlaufes wird dem Patienten dann sehr häufig deutlich, dass die vorgegebene Richtzeit im Einzelfall unter- oder überschritten werden sollte, da entsprechend der Reha-Ziele Anpassungen notwendig sind. So liegt die durchschnittliche Behandlungszeit aller im Jahre 2011 behandelten Patienten die regulär entlassen wurden bei 91,9 Tagen, was einer mittleren Behandlungszeit von 13 Wochen entspricht. Dabei lag die Haltequote (Entlass-Modus 1, 2, 3 und 7 entsprechend dem Blatt 1 des Entlassberichtes regulär abgeschlossene Behandlungen) bei Alkoholabhängigkeit bei 90%, Polytoxikomanie 80% und Cannabisabhängigkeit bei 90%. (Schön 2012).

In der Frage der Behandlungsdauer werden Patienten häufig während des Reha-Prozesses zunehmend als reflektiert, selbstkritisch und angehörigen- und arbeitgebervernetzt erlebt. So werden Rahmenbedingungen für Verkürzungen und Verlängerungen fast regelhaft mit diesen Bezugspersonen gemeinsam abgestimmt.

### 3.5 Rehabilitationsverlauf

#### *Aufnahme- und Diagnostikphase*

Jeder Patient bekommt mit dem Aufnahmetag für seine gesamte Behandlung einen Bezugsarzt, einen Bezugstherapeuten und einen Bezugsarbeitstherapeuten zugeteilt. Dieses Behandlungsteam, bestehend aus den Fachbereichen Medizin, Psycho- u. Sozialtherapie, sowie Arbeits- und Beschäftigungstherapie, steuert mit dem Pat. gemeinsam den Rehabilitationsverlauf. Auf Aufnahmetag erfährt der Pat. seinen Erstkontakt zu seinem Bezugstherapeuten, der gleichzeitig auch Leiter seiner Bezugsgruppe in der Gruppentherapie ist. Vorzugsweise erscheint der Patient gemeinsam mit seinen Angehörigen zum Aufnahmetag, so dass erste wichtige Informationen über den Patienten auch fremdanamnestisch erhoben werden können. Darüber hinaus können Angehörige für die Mitarbeit am Rehabilitationsprozess durch ihre Teilnahme an Angehörigen-, Familien- und Paartherapie motiviert werden.

In den ersten Tagen nach der Aufnahme erfährt der Patient eine umfangreiche medizinische, psychiatrische, psychologische, soziale und arbeitsbezogene Diagnostik. Jeder Fachbereich legt gemeinsam mit dem Patienten seine Therapieziele für die Rehabilitation fest und erarbeitet mit diesem, durch welche Behandlungsmaßnahmen sie zu erreichen sind. Die Rehabilitationsziele werden auf der persönlichen Therapiezielkarte (siehe Anhang) des Patienten festgehalten und der Patient skaliert darauf seine Zielerreichung (auf einer Skala von 0 – 10) zu Beginn, zur Zwischenbilanz und am Ende der Rehamaßnahme. Verändern sich die Therapieziele oder kommen neue hinzu, kann die Therapiezielkarte dementsprechend adaptiert werden. Die Diagnostik- und Zielfindungsphase mündet in die **Therapieplanbesprechung**, die in der zweiten Behandlungswoche, zwischen dem Bezugstherapeuten, dem Bezugsarbeitstherapeuten und dem ärztlichen Leiter durchgeführt wird. Unmittelbar davor hat jeder Patient ein Visitengespräch mit seinem Bezugsarzt und dem ärztlichen Leiter, in dem mit diesem seine Befunde besprochen und Behandlungsempfehlungen ausgesprochen werden. Durch das Visitengespräch, die Therapieplanbesprechung, regelmäßige Kurvenvisiten und die Zwischenbilanz, die weiter unten beschrieben wird, ist gewährleistet, dass der ärztliche Leiter einen guten Überblick über den Rehabilitationsprozess hat und er bei Bedarf steuernd eingreifen kann. Dreimal wöchentlich finden s.g. Frühbesprechungen statt, an denen alle anwesenden therapeutischen Mitarbeiter teilnehmen. In diesen können zeitnah Beobachtungen zu einzelnen Patienten eingebracht und ausgewertet werden. Einmal wöchentlich finden Teambesprechungen der Arbeitstherapeuten und zweimal wöchentlich der Psychotherapeuten statt. Hier werden Fallbesprechungen durchgeführt. Im Rahmen der Supervision, die von



einem externen Supervisor angeboten wird, können schwierige oder konflikträchtige Rehabilitationsprozesse reflektiert und dementsprechend konstruktiv verändert werden.

Die Rehabilitation gliedert sich für den Patienten in eine **Therapiephase A und B**.

Phase A ist durch die oben aufgeführte Aufnahme- und Diagnostikphase geprägt. Parallel hierzu liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf Informationsveranstaltungen wie z. B. Wissensvermittlung über Abhängigkeitserkrankungen, Gesundheitstrainings, psychoedukative Maßnahmen und motivationale Gruppenangebote, in denen Patienten ihr eigenes Verhalten reflektieren und bei einer wahrgenommenen Diskrepanz zwischen Realität und Anspruch bzw. zwischen Wunsch und Wirklichkeit einen positiven Anstoß für ihren eigenen Veränderungsprozess erfahren. Die Therapiephase A dauert bei einer mittel- und längerfristigen Entwöhnungsbehandlung vier Wochen. Bei Wiederholungsbehandlungen oder Kurzzeittherapie dauert diese über ein bis drei Wochen.

#### *Veränderungsphase und Ressourcenaktivierung*

Während der sich anschließenden Therapiephase B, liegt die Zielsetzung in der Therapie darin, die Veränderungsprozesse mit anzustoßen, zu begleiten und zu unterstützen. Patienten sollen zu ihren Stärken herangeführt werden um nach dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung ihre Fähigkeiten erkennen, Veränderungen einleiten und durchführen, um sich den Erfolg selbst zuzusprechen. Patienten stehen in dieser Phase in einem intensiven psychotherapeutischen Prozess. Arbeits-, Beschäftigungs- und sporttherapeutische Maßnahmen tragen parallel zur Verbesserung des Selbsterlebens bei. Patienten mit körperlichen Folgeerkrankungen oder komorbiden Störungen erhalten notwendige medizinische Behandlungsmaßnahmen. Bei sozialen Problemstellungen erfahren die Patienten Hilfe durch den Mitarbeiter des Sozialdienstes. Der Rehabilitationsprozess wird durch die Integration von Angehörigen, Betreuern oder Arbeitgebern vertieft. In der 8. Behandlungswoche (bei Wiederholungs- und Kurzzeittherapien dementsprechend früher) findet das s.g. Zwischenbilanzgespräch statt. In diesem Auswertungsgespräch das mit dem Patienten, seinem Bezugstherapeuten und seinem Arbeitstherapieleiter stattfindet, nimmt der Patient eine Selbsteinschätzung über seinen bisherigen Rehabilitationsverlauf vor und erhält Rückmeldung von Seiten der Mitarbeiter. Moderiert wird das Bilanzgespräch vom ärztlichen Leiter, seinem Stellvertreter oder dem therapeutischen Leiter. Dieses Bilanzgespräch dient der gegenseitigen Überprüfung des bisherigen Therapieverlaufes, der Therapiedauer und nachfolgender Behandlungsmaßnahmen. Ziieldienlich kann hierbei in den Rehabilitationsverlauf Einfluss genommen werden. Bei Patienten mit einer längerfristigen Behandlungszeit bis zu 26 Wochen findet in der 16. Behandlungswoche ein weiteres Zwischenbilanzgespräch statt.

#### *Realitätsüberprüfungs- und Entlassphase*

Mit dem Blick auf das absehbare Behandlungsende steht die Einleitung von Nachsorgemaßnahmen im Mittelpunkt. Patienten werden für die Weiterbehandlung in der Suchtberatungsstelle oder für die Selbsthilfegruppe motiviert. Besteht die Notwendigkeit für eine umfangreichere Betreuung, werden stationäre Nachsorgeeinrichtungen gesucht oder die Behandlung in Form einer mehrwöchigen Adaptionphase eingeleitet. Patienten werden verstärkt auf Heimfahrten geschickt, um sich mit ihrem sozialen Umfeld zu konfrontieren und dabei ihre gemachten Lernerfolge aus der Klinik im Alltag zu überprüfen. Nach der Rückkehr werden diese Erfahrungen ausgewertet und Patienten für die Übertragung ihres abstinente Lebensstils in ihren häuslichen Alltag positiv verstärkt. Der Transfer der in der Klinik eingeleiteten Veränderungsschritte in den Alltag des Patienten stellt zu dieser Therapiephase den zentralen Behandlungsschwerpunkt dar, um einem möglichen „Realitätsschock“ nach der Entlassung entgegenzuwirken. Kommt es während der häuslichen Belastungserprobung zu einem Suchtmittelrückfall, können die Ursachen für das Rückfallgeschehen in der Klinik herausgearbeitet werden und der Patient kann sich dann mit erarbeiteten Rückfallkompetenzen sich erneut seiner Belastungserprobung stellen.

### **3.6 Rehabilitationsmodule**

Durch eine zunehmende Flexibilisierung und Individualisierung der stationären Therapieangebote entwickelten sich in den letzten Jahren weitere Behandlungsmodule. So wurde bereits 1998 in gemeinsamer Abstimmung mit den Beratungsstellen des Suchthilfeverbundes und der Deutschen Rentenversicherung Hessen das Kombikonzept „KoRS“ entwickelt.

Auch die integrierte Therapie drogenabhängiger Patienten, mit einer Behandlungszeit bis zu 26 Wochen, wurde in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und den Fachambulanzen und Drogenberatungsstellen in der Umgebung weiterentwickelt und ab etwa 2002 weiter ausgebaut. Die einzelnen Behandlungsmodule werden im Folgenden dargestellt.

#### **3.6.1 Kombinierte Reha Sucht „KoRS“**

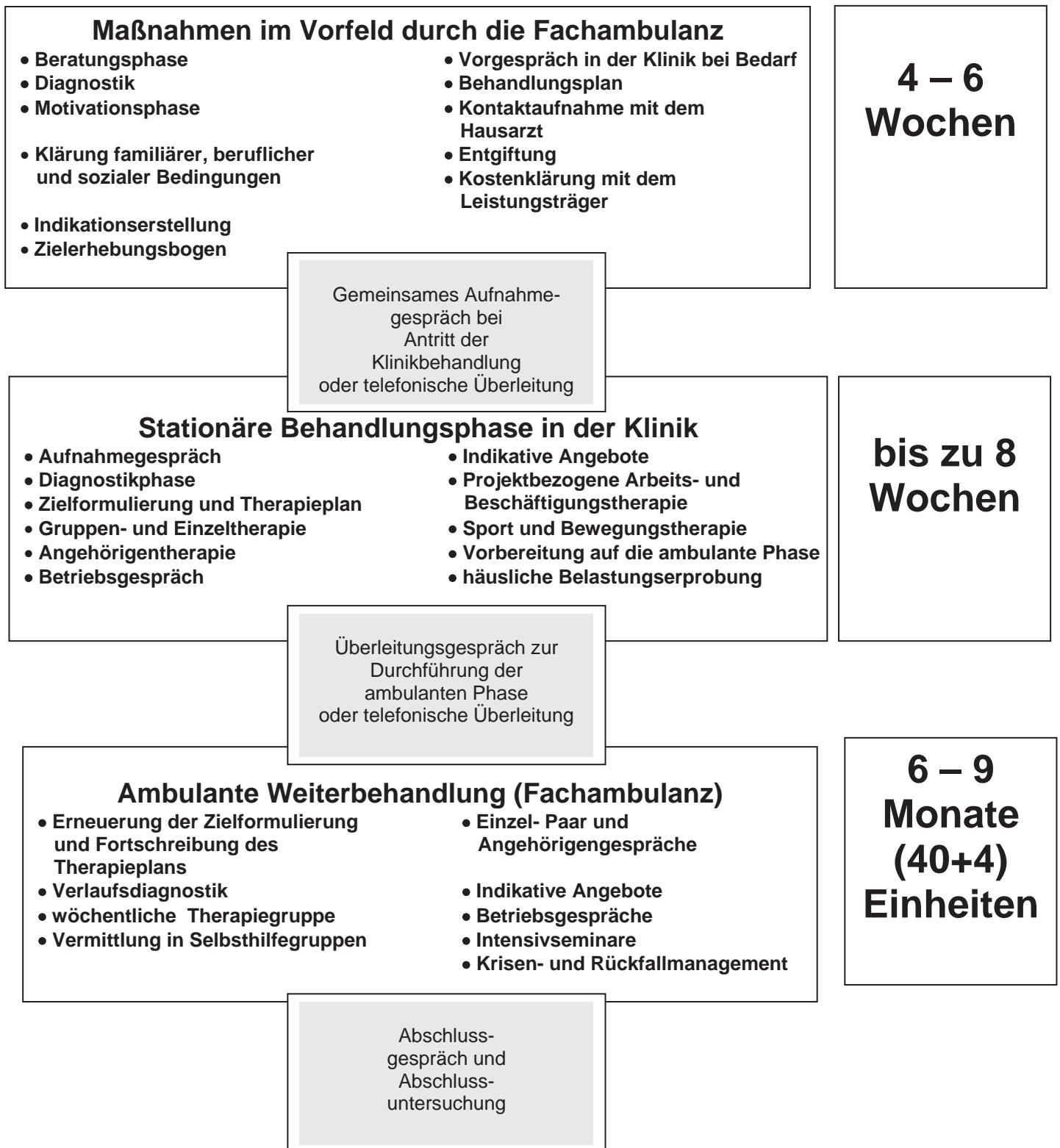
In Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Hessen und den Fachambulanzen des Behandlungsverbundes (Suchthilfezentrum Darmstadt, Fachambulanz Dieburg / Erbach, Fachambulanz Frankfurt, Psychosoziale Beratungsstelle Friedberg, Caritaszentrum für Sucht und Drogenberatung Fulda, Fachambulanz Gelnhausen, Fachambulanz Heppenheim, Fachambulanz Offenbach, Caritaszentrum Rüsselsheim, Fachambulanz Wiesbaden und dem Suchthilfezentrum Wildhof Offenbach / Dietzenbach seit 2011) wurde diese Behandlungskonzeption gemeinsam entwickelt. Aufgrund der unmittelbaren Nähe zur Klinik „Schloß Falkenhof“ waren auch einige Fachambulanzen aus Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg (Speyer, Mannheim und Heidelberg) an dieser Konzeptentwicklung beteiligt. In der jetzigen konzeptionellen Neuauflage und Weiterentwicklung wurden die Erfahrungswerte der letzten Jahre ebenso einbezogen wie in eine erste Abstimmung mit den Rentenversicherungsträgern stattfand.

Neben der Indikationsstellung, der Diskussion der Überleitung aus den unterschiedlichen Phasen ergeben sich aufgrund der Gesamtentwicklung folgende Veränderungen, die wir kurz darstellen wollen:

- Eine Anhebung der stationären Therapiephase für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten auf bis zu 8 Wochen.
- Eine 13wöchige stationäre Behandlungsphase für Patienten mit Drogenabhängigkeit bzw. Polytoxikomanie (siehe Indikationsstellung Seite 20).
- Eine 4-wöchige stationäre Kriseninterventionsbehandlung in der Klinik im Einzelfall, wenn aufgrund mehrfacher Rückfälligkeit eine erhebliche Gefährdung der Gesamtentwicklung besteht.

Von der Definition her ist die Kombinationsbehandlung KoRS eine Gesamtbehandlung, die sich aus zwei Phasen zusammensetzt und bereits vor Beginn der Rehabilitation bewilligt wurde.

## Kombitherapie „KoRS“ im Überblick für alkoholabhängige Patienten



Analog ist bei drogenabhängigen Patienten für die stationäre Behandlungsphase ein Zeitraum von bis zu 13 Wochen vorgesehen.

Das Therapieangebot der kombinierten Reha Sucht – KoRS – ist daher vorrangig für nachfolgend beschriebenen Patientengruppen vorgesehen:

- Alkoholabhängige Patienten mit guter Krankheitseinsicht und Reflexionsfähigkeit.
- Sozial gut integrierte Patienten.
- Beruflich noch integrierte Patienten, die in einem Arbeitsverhältnis stehen oder klare berufliche Perspektiven mitbringen.
- Suchtmittelabhängige ohne schwere körperliche und psychische Störungen und Folgeerkrankungen.
- Drogenabhängige (vorzusehen ist eine 13wöchige stationäre Behandlungsphase) mit ausreichender sozialer Integration, ohne Strafverfolgung und Therapieauflagen. Darüber hinaus ist bei Drogenabhängigen im Vorfeld der stationären Therapie in Abstimmung mit der Fachambulanz ein Vorgespräch mit dem ärztlichen Leiter der Klinik „Schloß Falkenhof“ vorzusehen.

Analog zu dieser Einschätzung ergibt sich als Kontraindikation:

- Patienten mit noch geringer Introspektions- und Reflexionsmöglichkeit ihrer Suchterkrankung und daher noch starker extrinsischer Motivation.
- Patienten mit erheblicher sozialer Desintegration, Langzeitarbeitslosigkeit und niedrigen sozialen Kompetenzen.
- Patienten mit Abhängigkeit von illegalen Drogen und Polytoxikomanie verbunden mit mehrfacher Straffälligkeit und gerichtlicher Therapieauflage. Ebenso Heroinabhängige und Patienten mit vorstationärer Teilnahme an einem Substitutionsprogramm.
- Patienten mit erheblicher körperlicher (neurologischer, orthopädischer oder internistischer) Folge- oder Zusatzerkrankung und / oder psychiatrischer komorbider Störung.

Für die Patientengruppen, die nicht in die Kombitherapie KoRS integriert werden können, stehen die im Therapiekonzept formulierten Behandlungsmodule einer 12- bis 15wöchigen bzw. bis 26wöchigen Therapiezeit zur Verfügung.

Die Besonderheiten im Ablauf der Kombibehandlung KoRS ergeben sich aus der Indikationsstellung, der Vorbereitungsphase, der Überleitung und der raschen Diagnostikphase von max. 10 Tagen in der stationären Phase. Bereits nach dieser Zeit muss die Diagnostik und Therapieplanung abgeschlossen sein, um gemeinsam mit dem Patienten die Zielsetzung der stationären Phase umzusetzen. Zur Vermeidung von Redundanzen wird im Folgenden auf die Darstellung der Therapieangebote während der stationären Phase weitgehend verzichtet. Auch die Maßnahmen der Fachambulanzen werden inhaltlich ausgespart, da Einzelheiten in den dortigen Konzepten der ambulanten Rehabilitation verankert sind.

Entscheidend ist, dass die Patienten der Kombitherapie KoRS im Wesentlichen an allen Therapiemodulen, der stationären Therapie teilnehmen können. So ist es ihnen möglich, das Gesundheitstraining, die Sporttherapie, die Indikationsgruppen zu besuchen. Die Begrenzung ergibt sich aus der Gesamtbehandlungszeit von bis zu 8 Wochen, so dass in dieser Zeit nicht sämtliche Angebote umgesetzt werden können, aber aufgrund der Wahlmöglichkeiten eine hohe Flexibilität innerhalb des stationären Therapieablaufes besteht (siehe Indikationsgruppen Seite 38).

In der sich nahtlos anschließenden ambulanten Rehabilitationsphase gilt es, die gemachten Entwicklungsschritte lebenspraktisch umzusetzen und durch die wöchentlichen ambulanten Therapiegespräche und zusätzlichen Angebote der Fachambulanz und Beratungsstelle zu festigen. Das in der Entlassphase umgesetzte Überleitungsgespräch, an dem auch Angehörige teilnehmen können, werden die Ergebnisse der stationären Phase und die weiteren Zielsetzungen besprochen und schriftlich fixiert. Rückfallereignisse können während der ambulanten Behandlungsphase im Einzelfall eine Krisenintervention im Sinne einer vierwöchigen

stationären Behandlungsphase in der Klinik Schloß Falkenhof notwendig machen. Darüber hinaus kann in diesen Situationen eine Krisenintervention und stationäre Kurzzeitgiftung in einer psychiatrischen Klinik der Umgebung notwendig werden.

### **3.6.2 Individualisierte mittelfristige Behandlung (12 bis 15 Wochen)**

Etwa zwei Drittel unserer Patienten durchlaufen dieses Behandlungsprogramm. Im Kernbereich der Suchtmittelerkrankung ist es für alkoholabhängige und medikamentenabhängige Personen vorgesehen. Aber auch drogenabhängige Patienten mit Leistungszusagen von 3 – 4 Monaten profitieren von diesem Behandlungsprogramm wenn davon auszugehen ist, dass sie ausreichend sozial integriert sind. Durch die sehr unterschiedlichen Schweregrade der Abhängigkeitserkrankungen, verbunden mit sehr unterschiedlichen Problemkonstellationen müssen die Behandlungsverläufe der Symptomatik und den Wünschen und Erwartungen des Rehabilitanden entsprechend individuell gestaltet werden.

Im Kernbereich der stationären Therapie erwarten wir von uns, dass es in der Aufnahme- und Diagnostikphase gelingt, sowohl den biografischen Lebenshintergrund des Patienten wie auch die derzeitigen Kontextfaktoren und Lebensbedingungen des Patienten durch eine gezielte Exploration zu erfassen. Nur so ist es möglich, bestehende Problemstellungen in die Therapie angemessen zu integrieren und bestehende Ressourcen zu aktivieren. Diese sind Voraussetzung für eine Wiedererlangung von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung. In der zweiten Behandlungswoche werden die diagnostischen Ergebnisse im Rahmen einer Fallkonferenz zusammengetragen und daraus die wesentlichen Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten formuliert und schriftlich festgehalten.

Standardisiert findet in der 8. Behandlungswoche eine Zwischenbilanz statt, in der erneut auf die festgelegten Ziele ebenso fokussiert wird, wie der Therapieprozess im Sinne einer Selbst- und Fremdeinschätzung analysiert wird. Zusätzlich werden adaptive bzw. neue Therapieziele in das Behandlungsprogramm integriert.

Neben einer sehr individualisierten Therapie haben sich in den letzten Jahren einige Patientengruppen herauskristallisiert, die zum Verständnis dieses Behandlungsmoduls im Folgenden kurz dargestellt werden sollen:

- **Beruflich und sozial noch weitgehend integrierte Patienten**, die jedoch in den letzten Jahren aufgrund ihrer Suchtmittelabhängigkeit Einbußen in der beruflichen Stabilität, dem Privatleben und der Freizeitgestaltung erfahren haben. Bei noch anfangs bestehender geringer Introspektions- und Reflexionsfähigkeit sind diese Patienten an einem Veränderungsprozess interessiert. Sie bringen eine kognitive Abstinenzabsicht mit und sind bereit, sich mit den Hintergründen ihrer Suchtmittelabhängigkeit auseinander zu setzen. Ebenso gelingt es, Angehörige problemlos in die Therapie einzubeziehen. Auch der Wunsch nach einer Verbesserung der eigenen Gesundheit und der Klärung der beruflichen Zukunft wird häufig bereits in der Aufnahme- und Diagnostikphase formuliert.
- **Jüngere Patienten mit einer Suchtmittelabhängigkeit und Ablösungsproblematik**. Für diese Patienten besteht häufig eine hohe Ambivalenz zwischen Autonomiewünschen und Bindungskräften, die sie im alten Umfeld regelrecht festhalten. Loyalitätskonflikte und Triangulierung tragen zu einer Aufrechterhaltung alter Systeme bei.

Neben der Wahrnehmung dieses Grundkonfliktes und der Entwicklung reifer Identitätsmerkmale benötigen diese Patienten in der Therapie basale Hilfen bei der Selbstständigkeit. Für diese Patienten ist ab einer bestimmten Behandlungszeit die Herausnahme aus der Versorgung sinnvoll. In der Selbstversorgungsküche, der eigenen Zimmerreinigung, dem selbstständigen Reinigen der Wäsche, der zunehmend selbstständigen Gestaltung des Alltags, der Freizeit und der Beziehungen und dem regelmäßigen Training dieser wachsenden Fertigkeiten und Fähigkeiten liegen wesentliche Entwicklungsschritte. In der gleichzeitigen Rückkopplung mit der Herkunftsfamilie durch Angehörigengespräche kann es am ehesten gelingen, eine stabile Ablösung zu vollziehen.

- **Patienten mit geringer sozialer Kompetenz**, häufig verbunden mit sozialem Rückzug und Langzeitarbeitslosigkeit. In der Analyse und Diagnostik der sozialen Kompetenzen können dabei Teilstörungen auffallen, die es zu trainieren gilt. „Rehatherapie“ kann hier bedeuten, Lese- und Rechtschreibtraining umzusetzen, Telefonate zu führen, den Umgang mit Behörden zu trainieren und zu lernen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs zu sein. Expositionstraining und aktive Freizeitgestaltung sind ebenfalls ein unverzichtbarer Teil in der Entwicklung von alternativen Bewältigungsstrategien und zufriedenen Lebensmustern. In der Analyse der Arbeitstätigkeiten und den Vermittlungshemmnissen werden dann häufig Kontaktbrücken zu Arbeitsagenturen und Jobcentern geschaffen, spezifische Indikation für Arbeitsfelder gestellt und über interne und externe Belastungserprobungen und Arbeitspraktika Qualifizierungshilfen angeboten.
- **Patienten mit komorbiden Erkrankungen**, wie z.B. affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder psychotischen Zustandsbildern in der Vorgeschichte. Voraussetzung zur Behandlung dieser Personengruppe sind regelmäßige psychiatrische Sprechstunden, eine hohe Compliance, um die notwendige Medikation der Symptomatik anpassen zu können, aber auch ein Rehateam dem es gelingt, gerade bei diesen Rehabilitanden Strukturen aufzubauen, damit diese am eigenen Gelingen Selbstwert und Selbstachtung gewinnen. Neben einer erweiterten Testdiagnostik, in der Konzentrations- und Umstellungsfähigkeit, aber auch Störungen des Denkens wahrgenommen werden gilt es Therapieziele gemeinsam mit den Patienten zu formulieren, die erreichbar und realistisch sind. Der etwas niederschwelligere Ansatz erlaubt den allmählichen Aufbau einer höheren Belastbarkeit, verbunden mit einer höheren Frustrationstoleranz und einem verbesserten Durchhaltevermögen. Störungen des Antriebs werden ebenso problematisiert, um gemeinsam nach angemessenen und erreichbaren Zielen zu suchen. Expositionstrainings und Belastungserprobungen mit internen und externen Praktika sind ebenso häufig unverzichtbar. Die frühzeitige Auseinandersetzung mit einer individualisierten und sehr differenzierten Nachsorge und Weiterbehandlung ist gerade bei diesen Patienten zur Abstinenzsicherung obligatorisch.
- **Patienten mit Migrationshintergrund**, z.B. aus Russland, Kasachstan und Polen. Diese Personen erleben sich trotz deutscher Staatsbürgerschaft häufig als Fremde im eigenen Land. Den Umgang mit Behörden haben sie nicht angemessen gelernt, sie zeigen sich misstrauisch, ablehnend und überfordert. Sie sind als Arbeiter in der Produktion häufig unter sich, so dass sie untereinander in ihrer Muttersprache sprechen, ohne sich zu sozialisieren. Auch die Unterbringung in entsprechenden Wohnberei-

chen für Migranten hat eine angemessene Sozialisierung bisher nicht zugelassen. Sie erleben sich als ausgegrenzt und benachteiligt. In der Wertschätzung des biographischen Hintergrunds dieser Rehabilitanden gelingt es häufig, einen Zugang zu diesen zu bekommen. Wir erfahren Einzelheiten über ihre Kultur, ihren Lebenskontext und die schwierigen Bedingungen ihrer Übersiedlung. Unter diesen Voraussetzungen fühlen sie sich erstmals angenommen und wertgeschätzt. Erst dann kann es gelingen, eine Nachsozialisation mit Rechtschreibtraining und Lesetraining, Behördentraining, Expositionstraining, Belastungserprobung und externem Praktikum umzusetzen.

- **Patienten mit körperlichen Folgeerkrankungen**, die aufgrund der langjährigen Suchtmittelabhängigkeit erhebliche internistische, neurologische und orthopädische Einschränkungen aufweisen. Viele dieser Patienten haben kaum einen Zugang zu den körperlichen Einschränkungen, hatten bisher ihren Körper gefordert, Einschränkungen und körperliche Beschwerden eher überspielt und dissimuliert. Unter dem Verzicht der Suchtmittel werden diese körperlichen Einschränkungen und Beschwerden viel bewusster erlebt, so dass diese Patienten häufig die allgemeinmedizinische und internistische Sprechstunde aufsuchen. In der Umsetzung von Behandlungsmaßnahmen der Physiotherapie und angemessener sporttherapeutischer Maßnahmen gelingt es häufig, die Patienten körperlich zu stabilisieren und körperliche Ressourcen zu schaffen. Tagesstruktur, Mittagspause, regelmäßige Mahlzeiten und eine gesunde Ernährung sind Voraussetzungen für ein positives Selbsterleben und für die Gesundheit des Körpers im Sinne eines ganzheitlichen psychosomatischen Ansatzes.
- **Ältere Patienten**, die aufgrund langjähriger Suchtmittelabhängigkeit zunehmend vereinsamt und sozial isoliert sind oder Patienten, die aufgrund von massiven Einschnitten in ihre Lebenssituation eine relativ kurze Anamnese, bezogen auf die Suchtmittelabhängigkeit haben. Für beide Personengruppen gilt es die Besonderheit ihrer Lebenssituation, einer Verbesserung ihrer Mobilität und Integrität ebenso zu problematisieren wie Fragen der Gesundheit und der zukünftigen Lebensgestaltung zu erörtern. In der Versöhnung mit der eigenen Lebensgeschichte, der erneuten sozialen Vernetzung mit Gleichaltrigen, aber auch Menschen allen Altersgruppen liegt die Chance, Ängste und dysfunktionale Kognitionen ebenso abzubauen wie sich ein Selbstwertgefühl zu erarbeiten.

Bei der individualisierten mittelfristigen Behandlung kommen alle Therapieelemente in Frage, wie sie im Behandlungskonzept dargelegt sind. Bei der Staffelung achten wir darauf, dass in den ersten Wochen der Therapie die psychoedukativen Maßnahmen im Vordergrund stehen und erst nach vier Wochen die spezifischen Indikationsgruppen dazu kommen. Um die Maßnahmen im Einzelnen darzulegen verweisen wir auf drei exemplarische Wochenpläne in der zweiten, achten und zwölften Behandlungswoche (siehe Therapiedokumente).

### 3.6.3 Individualisierte längerfristige Behandlung bis 26 Wochen

Bei dieser Patientengruppe handelt es sich vorrangig um drogenabhängige Patienten mit einer Mehrfachabhängigkeit. Die sich entwickelte Polytoxikomanie ist Ausdruck einer schweren Persönlichkeitsstörung oder einer verzögerten Persönlichkeitsentwicklung, in der die Austauschbarkeit der vielfältigen Suchtmittel in Zusammenhang mit erheblichen Stimmungsschwankungen und geringer Impulskontrolle und Identitätsbildung korreliert. Dabei werden unterschiedliche Drogen entweder gleichzeitig eingenommen oder im Sinne einer Regulierung von Befindlichkeitswünschen ausgetauscht.

Durch den meist frühen Beginn der Suchtmittelleinnahme wurde die Sozialisation massiv beeinträchtigt, Delinquenz und dissoziale Verhaltensweisen sind ebenso häufig wie Gewalterfahrungen. So kommt es fast regelhaft zu einer geringen Identitätsbildung, in der stabile Bindungs- und Beziehungserfahrungen fehlen. Auch im beruflichen Bereich sind Ausbildung oder Berufsfördermaßnahmen meist abgebrochen worden.

Für diese Patientengruppe ist aufgrund der umfangreichen emotionalen und sozialen Nachreifung eine Behandlungszeit bis zu 26 Wochen für eine Erstbehandlung erforderlich.

Klima und Atmosphäre der Klinik sollen gute Voraussetzungen für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung schaffen. So legen wir großen Wert darauf, dass die Patienten bereits im Vorfeld die wesentlichen Hausregeln und Behandlungsabläufe kennen lernen, um sich mit diesen vertraut zu machen. Nur so kann ein eigenverantwortliches Umgehen bereits ab dem Aufnahmetag vorausgesetzt werden. Dazu sind Vorgespräche und Besichtigungstermine auch an Wochenenden möglich.

*Wesentliche Voraussetzungen für eine Therapie sind:*

- eine ausreichende, meist stationäre Vorbehandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus im Sinne einer qualifizierten Entgiftung
- Eine Entscheidung für eine substitutionsfreie stationäre Entwöhnung
- eine vorherige Anbindung an eine Fachambulanz oder Drogenberatungsstelle, die den Patienten auf die stationäre Entwöhnungsbehandlung vorbereitet
- das Vorliegen sozialer Grundkompetenzen (z.B. Beziehungsfähigkeit, noch bestehender Kontakt zur Familie, berufliche Ausbildung begonnen oder abgeschlossen, noch erhaltene Wohnsituation)
- Volljährigkeit
- Bei Vorliegen eines § 35 / 36 BtMG eine schriftliche Darlegung des Lebens- und Suchtverlaufes, aus der die Behandlungsmotivation hervor geht, als Bedingung für die Aufnahme
- bei zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen (z.B. Psychose, Angststörung, Depression) findet zur Abklärung der Behandlungsmöglichkeiten ein Vorgespräch statt.

*Kontraindikation:*

- eine nicht ausreichende Entgiftung oder der Wunsch nach Weiterführung einer Substitutionsbehandlung
- eine akute Psychose oder schwere Depression mit Suizidalität
- junge drogenabhängige Patienten mit massiven Sozialisationsdefiziten, für die der offene therapeutische Rahmen eine Überforderung darstellt
- eine unzureichende Veränderungsmotivation

#### **Therapieziele**

Folgende Besonderheiten sind in der Therapie Drogenabhängiger zu beachten:

- ein zunehmender Abbau einer häufig misstrauischen oder feindseligen Grundhaltung
- eine kritische und offene Auseinandersetzung mit den strukturellen Vorgaben unserer Einrichtung



- ein hohes Maß an Kontaktbereitschaft und Vertrauensbildung, um bei bestehenden oder plötzlich einsetzendem Suchtdruck (Craving) gemeinsam rückfallpräventiv tätig werden zu können
- eine Verbesserung der Beziehungs- und Kontaktfähigkeit, insbesondere im Sinne der verbesserten Impulssteuerung
- ein emotionaler und sozialer Nachreifungsprozess, aus dem eine kritische Distanz zur Sprache der Szene und letztlich der Szene selbst deutlich wird
- eine zunehmende Akzeptanz eigener Stärken und Schwächen mit Verbesserung der Eigenverantwortung und des aktiven Engagements
- eine zunehmende emotionale Akzeptanz der eigenen biographischen Wurzeln
- eine Bereitschaft zur offenen Darlegung finanzieller, sozialer und rechtlicher Problemstellungen

### ***Therapiesteuerung***

Wir vermeiden ausgeprägte Gruppenbildungen unter Drogenpatienten durch die regelhafte gemischte Belegung von Alkoholabhängigen mit Drogenpatienten in einem Doppelzimmer, ebenso wie wir alle Maßnahmen des Gesundheitstrainings und der Indikationsgruppen grundsätzlich für die Patientengruppen gemeinsam anbieten.

Kommt es zur Gruppen- oder Cliquenbildung unter Drogenpatienten, muss dies im Einzelfall ebenso problematisiert werden wie eine individuelle Ausgangs- und Heimfahrtregelung thematisiert werden muss. So ist bei drogenabhängigen Patienten eine ausreichende Überprüfung von Risikosituationen vor Beginn der Ausgangsmaßnahmen erforderlich. Bei drogenabhängigen Patienten, die unmittelbar aus der JVA oder aus einer sehr schwierigen sozialen Situation in die Klinik kommen, kündigen wir im Vorfeld der Therapie bereits eine vierwöchige Aufnahmephase an, in der noch keine Ausgangsmöglichkeit besteht. Im Einzelfall werden bei gefährdeten Patienten vorübergehende Patenschaften oder entsprechende Gruppenmaßnahmen für die Ausgangsregelung umgesetzt. Eine sehr einseitige Freizeitgestaltung, mehrstündiges Spielen am Computer, vorrangige Bedürfnisbefriedigung durch Musik, Abbau eigener Aggressionen durch Gewalt in der Sprache und Gewaltbereitschaft, sozialer Rückzug und zunehmende Selbstisolation, Tendenzen zur Verherrlichung der ehemaligen Drogenszene durch Kleidung, Frisur, Piercing und Tätowierung müssen ebenso problematisiert werden.

### ***Exemplarischer Behandlungsverlauf***

Der im Folgenden dargestellte Behandlungsverlauf begegnet uns bei Drogenpatienten immer wieder, so dass wir uns zum besseren Verständnis des Gesamtprozesses zu einer Darstellung entschlossen haben. Dabei sollen die einzelnen Behandlungsmodule, die bereits im Konzept erwähnt werden, nicht näher ausgeführt werden.

In der Aufnahmephase stehen medizinische, psychosoziale und psychologische Maßnahmen der Diagnostik im Vordergrund. Häufig noch bestehender Nachentgiftungsbedarf zeigt sich insbesondere bei Störungen im Bereich des Schlaf-Wach-Rhythmus, so dass häufig Ein- und Durchschlafstörungen imponieren, die mit den Maßnahmen der physikalischen Therapie und der Ohrakupunktur behandelt werden. Klassische vegetative, protrahierte Entzugssymptome werden ebenfalls mit Akupunktur günstig beeinflusst. Da in der ersten Behandlungsphase das Craving noch besonders hoch ist, erhalten die Patienten häufigere Einzelkontakte zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

Im Rahmen des Gesundheitstrainings erfolgt eine intensive Auseinandersetzung auf der informellen-kognitiven Ebene mit dem eigenen Körper, den Einschränkungen und dem daraus resultierenden Wunsch, mehr für den Körper zu tun. So beginnt am Ende der Aufnahmephase ein Konditions- und Fitnesstraining, das den individuellen Bedürfnissen und medizinischen Notwendigkeiten der Patienten angepasst wird.

Regelmäßige Entspannungsgruppen sind ebenso vorgesehen wie eine Indikationsstellung für den Beginn des arbeitstherapeutischen Prozesses.

Im Rahmen der Sozialberatung werden erste Problemfelder analysiert und Lösungswege aufgezeigt.

Unsere Aufgabe ist es, positive Entwicklungen zu sichern, diese anzuerkennen und wertzuschätzen und gleichzeitig aber auch Verhaltensrückfälle im Sinne von Grenzüberschreitungen und Missachtungen unserer Hausregeln (z.B. Handy-Regelung, Rauchregelung) zu problematisieren. In der Auseinandersetzung mit diesen Inhalten entsteht eine Kritikfähigkeit, die dem Patienten bewusst macht, dass die wenigen vorhandenen Regeln auch geachtet und hinterfragt werden, was in deren eigener Geschichte häufig nicht gelang.

Am Ende der 8. Behandlungswoche findet die erste Zwischenbilanz statt, auf die sich die Patienten schriftlich vorbereiten. Neben einer ausführlichen Selbsteinschätzung, die sich auf die Zusammenarbeit mit den anwesenden Therapeuten und Mitarbeitern der Einrichtung bezieht, geht es um die Erfragung weiterer Zielsetzungen und Entwicklungsschritte für die kommenden Therapiewochen. In der Rückmeldungsrunde der anwesenden Mitarbeiter werden positive Entwicklungsschritte ebenso dargestellt, wie die Ziele des Patienten kommentiert und ergänzt werden. Anfangs häufig auftretende Symptome im Sinne von innerer Unruhe, Ungeduld, Impulsivität und einer erheblichen Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, die erfahrungsgemäß über mehrere Wochen anhalten können, werden möglichst durch die Verordnung physikalischer Therapiemaßnahmen oder den Einsatz von Akupunktur behandelt. Im Einzelfall ist auch eine Schlafmedikation erforderlich. Besonders in den ersten Wochen ist viel äußere Struktur und Unterstützung erforderlich, um zu einem geregelten Tagesablauf zu kommen. Gelingt dies nicht ausreichend gut, kommt es u.U. zum Aufflackern alter Gewohnheiten, bilden sich Untergruppen, in denen der Drogenkonsum verherrlicht wird, so dass ein hohes Rückfallgefährdungsrisiko entstehen kann. Um diesen Entwicklungen vorzubeugen, wurde seit einigen Jahren ein festes arbeitstherapeutisches Konzept für die ersten vier Wochen des stationären Aufenthaltes entwickelt, in dem diese Patienten rasch in einen Dienstleistungsbereich integriert werden. Um negativen Entwicklungen vorzubeugen (Rückzug ins Zimmer, Verschlafen der Maßnahmen) wird versucht, die Patienten sehr früh verantwortlich in die Abläufe der Klinik zu integrieren, um somit rasch einen intensiven Kontakt mit ihnen aufzubauen.

Für den Freizeitbereich hat der Sport einen sehr hohen Stellenwert. Es wird darauf geachtet, dass die Patienten in angemessener Form sporttherapeutische Gruppen und Angebote erhalten, ohne dass es innerhalb kürzester Zeit zu einer Suchtverlagerung kommt.

In den indikativen Gruppen werden die Patienten über die Hintergründen ihrer Suchterkrankung und die körperlichen Folgeerkrankungen ebenso informiert wie sie im aktiven Gesundheitsprogramm über Elemente der ausgewogenen Ernährung und einer sinnvollen Freizeit und sportlichen Aktivität unterrichtet werden.

Sehr häufig besteht von Anfang an ein hoher Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung (wegen finanzieller Probleme, Wohnungswechsel, Einwohnermeldeamt, noch offenstehende Verhandlungen, Anfragen von Gläubigern, Fragen des Sorgerechtes, Kontaktaufnahme zu Bewährungshelfern und Betreuern). In diesem Fall wird der Sozialdienst der Klinik „Schloß Falkenhof“ frühzeitig mit einbezogen. Das Ziel ist es, dem Patienten nahe zu bringen, gerade in Bezug auf soziale Fragestellungen frühzeitig in eine aktive Klärung und Auseinandersetzung zu gehen.

Die Angebote der Kreativitäts- und Kunsttherapie sind häufig ein weiterer sinnvoller Zugang zu sich selbst und der sinnvollen Freizeitgestaltung. Sie schaffen gleichzeitig Kontakt innerhalb der Patientengemeinschaft. Gemeinsame Freizeitaktivitäten (Bowling, Klettern, Konzerte) gelten als begehrtes Angebot, bei dem die eigenen Grenzen und Bedürfnisse suchtmittelfrei erlebt werden können.

Im gruppen- und einzeltherapeutischen Prozess ist anfangs oft noch eine ablehnende oder misstrauische Haltung vorhanden, die aus erheblichen Sozialisationsdefizite mit broken-home-Situationen, Heimaufenthalten, Gewalterfahrung, Traumatisierungen resultieren. Außerdem besteht oft ein sehr negatives Vaterbild oder ein fehlendes positives wegen Abwe-

senheit bzw. nicht vorhandenem Vater. Dann gelingt es erst allmählich, die Patienten mit ihrer individuellen Biographie in den Gruppentherapieprozess zu integrieren.

Dann ist es aufgrund des zunehmenden Vertrauensprozesses möglich, weitere Inhalte der Biographie zu erarbeiten, bei traumatisierten Patienten Stabilisierungs- und Distanzierungsübungen einzusetzen und im Rahmen der Indikationsgruppen Angebote zur Überwindung eigener Ängste und innerer Spannungen anzubieten.

Angehörigengespräche sind außerdem im weiteren Verlauf der Behandlung sinnvoll. Häufig werden diese über Briefe der Patienten an die Angehörigen initiiert.

Die zunehmende Außenorientierung durch Ausgänge, Tagesausgänge, Wochenendheimfahrten und gezielte Expositionstrainings werden sehr differenziert vorbereitet. Sowohl die Wohnachse als auch der gesamte Freundeskreis wird intensiv problematisiert. Den Patienten wird in dieser Phase oft deutlich, dass eine Abkehr von der Drogenszene verbunden ist mit einem Wechsel des Wohnortes und der Notwendigkeit, sich vom früheren Freundeskreis zu distanzieren. In der Verarbeitung dieser eher schmerzlichen Erlebnisse liegt oft eine hohe Rückfallgefährdung, da gleichzeitig zur Neuentwicklung auch Einsamkeitsgefühle und soziale Isolation besonders deutlich spürbar werden.

In der 16. Behandlungswoche wird ein zweites Zwischenbilanzgespräch durchgeführt. In diesem werden die neuen Entwicklungsschritte dargestellt und erneut gesichert. In der Diskussion der Fortführung der Therapie werden jetzt Fragen der externen Praktika und der zukünftigen Wohnmöglichkeiten problematisiert.

Im weiteren Verlauf stehen dann konkrete Expositionsmaßnahmen im Sinne der individuellen Rückfallprävention in der Weiterführung des psychotherapeutischen Prozesses im Vordergrund. Belastungserprobungen und externe Praktika werden jetzt entsprechend der Indikationsstellung umgesetzt.

In der letzten Phase der Therapie ergibt sich für etwa die Hälfte dieser Patientengruppe eine Indikation für eine Übergangseinrichtung oder eine weiterführende Rehabilitationsmaßnahme im Sinne einer Adaptionsphase. Ein weiterer Teil hat sich während der Therapie ein neues soziales Umfeld geschaffen, klare berufliche Perspektiven erarbeitet und Maßnahmen der Nachsorge eingeleitet.

Bei 18 % der drogenabhängigen Patienten kommt es während der Therapie zu einem Suchtmittelrückfall (Reichel 2012). Umso rascher es dem Einzelnen gelingt, das Rückfallereignis selbst dazustellen, umso günstiger sind die Voraussetzungen für eine Weiterführung der Therapie. Die Rückfallsituation lässt eine Überprüfung des bisherigen Therapieprozesses ebenso zu, wie auch notwendige weitere Schritte, z.B. bezogen auf den Kontakt zum alten Freundeskreis oder die alte Wohnsituation, kritische reflektieren lassen. So beinhaltet eine Rückfallsituation häufig eine große Chance, alte Strukturen und Beziehungen aufzugeben, um tatsächlich eine Neuentwicklung zuzulassen.

### ***Ressourcen der integrierten Behandlung***

Etwa 20-25 % unserer Patienten sind drogenabhängig und polytoxikoman, das heißt, von mindestens 3 oder mehr Suchtmitteln abhängig. Bei den bestehenden sechs Behandlungsgruppen in unserer Klinik werden drogenabhängige Patienten gleichmäßig verteilt, so dass in der Regel etwa zwei bis drei Patienten in einer Gruppe behandelt werden. Jede Gruppe verfügt über eine Vielfalt von Persönlichkeiten mit unterschiedlichen Fähigkeiten und den daraus resultierenden Rollenzuschreibungen, die verschiedenste Veränderungsprozesse in Gang setzen können.

Ähnlich den gesellschaftlichen Vorgaben, bei denen Drogenabhängige rasch kriminalisiert werden, müssen sich Alkoholabhängige häufig mit eigenen Grenzüberschreitungen und Straftaten auseinandersetzen, die bisher eher verleugnet wurden. Die Gruppendynamik erhält damit ein hohes Maß an Vielfältigkeit und fordert gerade bei eher ängstlich-vermeidenden Alkoholkranken eine kritische Auseinandersetzung mit den eigenen morali-

schen Vorstellungen, den Schuldgefühlen und der damit verbundenen ausgeprägten Verleugnungstendenz heraus.

Andererseits sind gerade die (positiven) moralischen Instanzen, wie sie von vielen alkoholkranken Patienten in hohem Maße internalisiert wurden, mit ausschlaggebend bei der emotionalen und sozialen Nachreife der drogenabhängigen Patienten. Eine Rückkehr zu bürgerlichen Normen wird von vielen alkoholabhängigen Patienten regelrecht eingefordert.

So findet der Drogenpatient im Alkoholabhängigen häufig eine Elternfigur, deren Zuneigung und Akzeptanz er einerseits sucht, sie aber gleichzeitig auch bekämpft. In der Fähigkeit zur Integration dieser Anteile liegt ein Kernbereich des therapeutischen Prozesses.

Viele Drogenabhängige, die sich bereits im Vorfeld der stationären Therapie für unsere Einrichtung entscheiden, formulieren für sich während der Therapie diesen Schritt dahingehend, dass für sie ein Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit auch mit einem Ausstieg aus der Drogenszene verbunden ist.

Abbruchgedanken kommen regelmäßig bei allen Patienten während der stationären Therapie vor, insbesondere in der Aufnahmephase. Mit einer niedrigen Abbruchquote der drogenabhängigen Patienten in unserer Klinik wird nach unseren bisherigen Erfahrungen ein weiteres Merkmal der positiven Beziehungsgestaltung und des Beziehungsaufbaus deutlich. In quasi väterlicher, geduldiger Weise gelingt es älteren, alkoholabhängigen Patienten oft, den drogenabhängigen jüngeren Patienten, die ein großes Maß an Ungeduld und Impulsivität mitbringen, Mut zum nächsten Integrationsschritt zu machen - eine Voraussetzung, in der Klinik wirklich anzukommen und sich auf die Therapie ernsthaft einzulassen.

### **3.6.4 Wechsel der Therapiemodule**

Bei der Frage des Wechsels der Therapiemodule geht es im Wesentlichen um die Verbesserung eines reibungslosen Übergangs.

Die kombinierte Rehabilitation Sucht „KoRS“ gestaltet die Schnittstellen von der ambulanten zur stationären Phase und nach acht Wochen zurück in die ambulante Phase eindeutig. Dabei ist es unseres Erachtens vertretbar, dass durch die hohe Arbeitsverdichtung in den letzten Jahren die Überleitungsgespräche häufiger auch per Telefon in Anwesenheit des Patienten durchgeführt werden.

Auch bei einem Wechsel aus der stationären Phase in die ganztagsambulante Phase, wie es häufiger z.B. beim Wechsel in die Tagesreha nach Darmstadt oder Frankfurt vorkommt, erwarten wir von unseren Patienten, diese Einrichtungen im Vorfeld zu besichtigen, um ein ausführliches Vorgespräch vor Ort zu führen. Die Begleitung zu einem solchen Gespräch wird sehr ambivalenten, ängstlich-gehemmten Patienten angeboten. In diesem Rahmen können noch mögliche Zweifel angemessen besprochen werden, um so die Voraussetzung für eine Weiterführung der Therapie zu schaffen. Exemplarisch für einen solchen Wechsel in die ganztagsambulante Phase ist, dass ein Patient regelhaft in der elften Woche seine Behandlung in der Klinik „Schloß Falkenhof“ beendet, um im Anschluss die verbleibenden mindestens vier Wochen in der ganztagsambulant Phase zu verbringen. Dies erbringt unter anderem eine gute Realitätsüberprüfung unter Alltagsbedingungen.

Die berufliche Zukunft und Klärung der Wohnsituation wird bereits im ersten Zwischenbilanzgespräch (achte Behandlungswoche) besprochen. Verdichtet sich hierbei die Indikation für eine anschließende Adaptionphase, stellt sich der Patient in Folge in einer von ihm ausgewählten Adaptionseinrichtung vor, um sich selbst ein Bild über die Möglichkeiten und Ziele dieser Behandlungsphase zu machen. Nach der Auswertung des Vorstellungsgesprächs wird die Entscheidung zur Antragsstellung getroffen. Falls eine Adaption durchgeführt wird, kann die stationäre Entwöhnungsphase gekürzt werden.

Patienten mit Auffang- und Wiederholungsbehandlungen erhalten von den Leistungsträgern unterschiedliche Leistungsgenehmigungen. Sollte nach einer ersten stationären Entwöhnungsbehandlung die Abstinenz im Anschluss nur kurz (über wenige Wochen oder Monate) möglich gewesen sein, so kann man noch nicht von einer echten Ressource bzw. nachhaltigen Fähigkeiten im Umgang mit kritischen Situationen ausgehen. Im Einzelfall kann bei einer entsprechenden Indikationsstellung eine Verlängerung der Auffang- oder Wiederholungsbehandlung auf eine mittelfristige Behandlung (bis 15 Wochen) beantragt und genehmigt werden.

Gelegentlich wird auch die unter dem Vorzeichen der Kombinierten Rehabilitation Sucht „KoRS“ begonnene achtwöchige stationäre Phase verlängert. Dies kommt insbesondere zustande, wenn aus der Therapiezielsetzung für den Patienten neue, sehr belastende Themen vorrangig werden, die letztlich in der Kürze dieser achtwöchigen Behandlungszeit nicht aufzuarbeiten sind.

Aber auch Verkürzungen der mittelfristigen und längerfristigen Behandlung sind denkbar, wenn in beiderseitigem Einvernehmen der Eindruck entsteht, dass die stationäre Phase eher eine Unterforderung für den Patienten darstellt und wesentlich mehr Alltagspraxis und Außenorientierung erforderlich sind, die in einer ambulanten Rehabilitationsphase ausreichend gut begleitet werden kann.

Die Diskussion der modifizierten Behandlungszeiten oder Wechsel der Therapiemodule wird in der Regel im Rahmen von Fallbesprechungen diskutiert. Unter Einbezug des ärztlichen Leiters und des Patienten werden dann zielführende Gespräche geführt und die Entscheidung für eine Änderung getroffen.

### 3.6.5 Auffang- und Wiederholungsbehandlung

Bei einer bereits zu einem früheren Zeitpunkt stattgefundenen stationären Entwöhnungsbehandlung kann nach erneutem Suchtmittelkonsum eine Indikation für eine Auffang- oder Wiederholungsbehandlung bestehen. Von der Definition her wird vom Leistungsträger für eine Auffangbehandlung eine sechswöchige Leistungsgenehmigung erteilt. Bei Wiederholungsbehandlungen wird unterschieden, ob es sich um alkohol- oder medikamentenabhängige Patienten handelt, bei denen eine 10-wöchige Behandlungszeit genehmigt wird, bei drogenabhängigen oder polytoxikomanen Patienten sind es in der Regel 16 Wochen.

Die Voraussetzungen für die Indikationsstellung zu einer **Auffangbehandlung** sind aus unserer Sicht folgende:

- Bei stattgefundener Entwöhnungsbehandlung kommt es zu einem Rückfallgeschehen, das unter den Voraussetzungen einer verkürzten stationären Therapie am ehesten aufgefangen und bewältigt werden kann;
- Es ergeben sich schwerwiegende familiäre, soziale oder berufliche Entwicklungen, die die Abstinenz gefährden oder bereits zu einer Rückfälligkeit führten;
- Das Auftreten einer neuen somatischen oder psychischen Krankheit gefährdet die Abstinenz oder hat bereits zu einer Rückfälligkeit geführt.

Im Rahmen der Auffangbehandlung gilt es, die Außenbelastungen zu analysieren und während der stationären Therapie die bereits in der Vorbehandlung erarbeiteten Ressourcen erneut zu aktivieren und den Patienten für die Gestaltung seines weiteren Lebens zu motivieren. Dabei sind die Therapieziele stark auf das Außenleben, die Gestaltungsprinzipien und die Bewältigung der Problemstellungen ausgerichtet. Erneut werden mit dem Patienten alle Möglichkeiten der Nachsorge diskutiert und abgestimmt.

Zu einer **Wiederholungsbehandlung** kommt es, wenn bereits vor Jahren eine stationäre Entwöhnungsbehandlung stattfand und der Patient nach einer über einen längeren Zeitraum praktizierten Abstinenz in eine Rückfallentwicklung geriet, die die familiären, sozialen und

gesundheitlichen Bedingungen verschlechtert haben, so dass in Absprache mit der Rentenversicherung und der Fachambulanz die Voraussetzungen gegeben sind.

Im Rahmen der Wiederholungsbehandlung geht es im Wesentlichen um die Klärung folgender Kriterien:

- Klärung der Voraussetzungen, die zur Rückfälligkeit führten;
- Analyse von Krisensituationen, in denen es dem Patienten unter Zuhilfenahme alternativer Bewältigungsstrategien gelang, die Abstinenz aufrecht zu erhalten;
- Analyse der Rahmenbedingungen, die nach der zurückliegenden Therapie zu einer Aufrechterhaltung der Abstinenzfähigkeit führten, da hier die wesentlichen Ressourcen für die Wiederherstellung der Abstinenz liegen.

Bei der Aufarbeitung des Rückfallgeschehens werden häufig Lebensereignisse berichtet, die mit einer hohen emotionalen Belastung verknüpft sind. Diese waren letztlich ausschlaggebend für die Rückfallsituation. Weitaus häufiger wird jedoch deutlich, dass die unzureichende Fähigkeit in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und die damit verbundene Inkompetenz im Umgang mit den als negativ erlebten Gefühlen sowie mangelnde soziale Anbindung zum erneuten Suchtmittelkonsum geführt haben.

Im Kernbereich der Wiederholungsbehandlungen sind daher folgende Therapieabläufe und -inhalte zu beachten:

- Verkürzte Aufnahme- und Diagnostikphase, in der die Ressourcen der Erstbehandlung ebenso genutzt werden, wie die Umsetzung der einzelnen lebenspraktischen Entwicklungsschritte nach der vorherigen Therapie;
- Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Selbstüberschätzung und bisher ausgesparter Themen;
- Frühes Einbeziehen von Angehörigen und des beruflichen Umfelds, um gemeinsame Perspektiven und wechselseitige Erwartungen zu diskutieren;
- Intensivierung einzeltherapeutischer Maßnahmen ;
- Individuelle therapeutische Maßnahmen, wie z.B. Expositionstraining, Ablehnungstraining, Rückfallpräventionstraining;
- Aufbau einer verbindlichen Motivation für die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und, falls notwendig, Erarbeitung einer Behandlungsmotivation für eine weiterführende Behandlung oder Nachsorgemaßnahme.

Wir integrieren diese Patienten in die Behandlungsgruppe der mittel- und längerfristigen stationären Therapie und nutzen die Synergieeffekte wechselseitig. Für die Mitpatienten wird häufig deutlich, dass ein Mangel an sozialer Vernetzung im Sinne eines regelmäßigen Besuchs einer Selbsthilfegruppe nach der Therapie und eine fehlende Motivation für weiterführende Nachsorgemaßnahmen in der Fachambulanz verantwortlich für die Rückfälligkeit waren. Auch in der kritischen Reflexion eigener Überforderung oder Selbstüberschätzung liegen häufig wesentliche Rückfallauslöser, die in der Behandlungsgruppe problematisiert werden können. Auch im Umstieg auf eine andere Droge, die während der Erstbehandlung als nachgeordnet vernachlässigt wurde wird deutlich, dass keine ausreichende Abstinenzhaltung bestand, die alle suchtpotenten Stoffe beinhaltet.

### **3.7 Rehabilitationselemente**

#### **3.7.1 Vorfeld- und Aufnahmeverfahren**

Ein entscheidender Paradigmenwechsel in der Erwartungshaltung der Fachklinik bezogen auf die zur Behandlung anstehenden Patienten hat sich in den letzten Jahren vollzogen. Neben der im SGB IX § 9 verankerten Wunsch- und Wahlmöglichkeit für den Rehabilitanden sind die Zugangswege zur stationären Rehabilitation deutlich vereinfacht worden. Die Defini-

tion einer Behandlungsabsicht, verbunden mit erheblichen Gesundheitsorgen und der Sorge um den eigenen Arbeitsplatz und die Familie sind dabei häufig ausreichende Kriterien zur Leistungsgenehmigung. Die Entscheidung für eine dauerhafte Abstinenz ist dabei im Vorfeld der stationären Rehabilitation häufig noch nicht gefallen. Allenfalls besteht eine Absicht oder eine kognitive Bereitschaft, sich mit der Abstinenz auseinander zu setzen. Erst während der stationären Therapie kann eine aus unserer Sicht auch emotional getragene Abstinenzfähigkeit wachsen.

Die Vorfeldarbeit in der Klinik „Schloß Falkenhof“ werden getragen von regelmäßigen Telefonaten mit dem Aufnahmesekretariats, ggf. finden Vorgespräche statt, die erstrangig vom ärztlichen Leiter oder von seinem Vertreter durchgeführt werden. In diesen geht es darum, den Therapieablauf ebenso darzustellen wie die Notwendigkeit einer stationären Therapie zu untermauern oder andere geeignete Therapieverfahren für den Rehabilitanden zu diskutieren. Im Rahmen von Wochenendbesuchen können die möglichen zukünftigen Patienten sich bereits die Einrichtung ansehen, werden vom diensthabenden Mitarbeiter betreut und von einem Patienten der Einrichtung zu einer Besichtigung eingeladen.

Vorfeldpolitik bedeutet auch, im Rahmen von wöchentlichen Konferenzen (Aufnahmesekretariat und ärztliche Leitung) Rückkopplungen mit Beratungsstellen, Sozialdiensten oder Entgiftungskliniken herzustellen, um eine nahtlose Übernahme in die Fachklinik herzustellen. Dabei scheuen wir uns nicht, auch Patienten anzurufen, um mit ihnen über weitere Entwicklungsschritte auf dem Weg in die stationäre Therapie zu sprechen und sie zu ermutigen, absprachefähig zu bleiben, im Wissen, dass in dieser Phase noch häufig Rückfälle dazu führen, dass Vereinbarungen nicht eingehalten werden.

Durch die enge Kooperation mit den Vitos Kliniken in Heppenheim und Riedstadt, den psychiatrischen Kliniken Elisabethenstift in Darmstadt und Groß-Umstadt gelingt es, qualifizierte Entgiftungsbehandlungen einzuleiten, damit im Anschluss nahtlos die stationäre Entwöhnungsbehandlung beginnen kann. Im Einzelfall werden die Patienten von uns abgeholt. Dies gilt sowohl aus der vorher stattgefundenen Entgiftungsbehandlung wie auch für den Transport von einer JVA (z.B. aus Mannheim oder Darmstadt).

Am Ende eines Jahres wird in der Ermittlung der Nichtantrittsquote (Patienten mit Leistungszusage, die die stationäre Therapie nicht antraten) deutlich, ob es uns gelungen ist, durch eine effektive und transparente Vorfeldarbeit die Voraussetzung für eine stationäre Therapie zu schaffen.

Sollten wir im Einzelfall insbesondere sehr junge, drogenabhängige Patienten mit erheblichen Sozialisationsdefiziten ablehnen, so versuchen wir dies zu begründen und schlagen den Antragsstellern schriftlich eine andere geeignete Fachklinik vor.

Die Aufnahmetage sind werktags Montag bis Donnerstag, der Freitag kommt nur ausnahmsweise in Frage. Das anschließende Wochenende erschwert für neue Rehabilitanden das Einleben in unsere Klinikgemeinschaft. Die schriftlich eingeladenen Patienten werden angehalten, bis 10:00 Uhr in der Klinik „Schloß Falkenhof“ zu sein. Nach der Aufnahme im Sekretariat erfolgt das Aufnahmegespräch mit dem Bezugstherapeuten oder seinem Vertreter. Wir begrüßen es, wenn Angehörige zu diesem Aufnahmegespräch mit dabei sind. Bereits in diesem Erstkontakt werden Rahmenbedingungen für die stationäre Therapie, die möglichen Familien- und Paarinterventionen kurz dargestellt und evtl. bereits erste Termine vereinbart.

Im Anschluss erfolgt ein Kontakt beim Bezugsarzt. In diesem wird die notwendige Medikation ebenso geprüft wie bestehende Vorerkrankungen besprochen und ggf. untersucht. Häufig gelingt bereits am Aufnahmetag eine komplette fachärztliche Untersuchung nach internistischen und neurologischen Gesichtspunkten. Sollte dies nur zum Teil (Überprüfung der Vitalfunktionen, Festlegung der Medikation, Einleitung von Maßnahmen, z.B. konsiliarisch Vorstellung bei einem weiteren Arzt) möglich sein, verlässt der Patient den Untersuchungstermin mit einem verbindlichen Termin zur Hauptuntersuchung innerhalb von zwei bis drei Tagen.

Über den Pflegedienst werden in den ersten 48 Stunden regelmäßige Überprüfungen der Vitalfunktionen (Puls, Blutdruck) und die Ableitung eines EKG (am Aufnahmetag abends)

vorgenommen. Nach der Untersuchung beim Bezugsarzt wird der Patient über die sportlichen Aktivitäten und Maßnahmen im Klinikablauf informiert, um bereits am ersten Wochenende teilnehmen zu können. Jeder Patient erhält in der Aufnahmewoche einen Termin bei einem Facharzt für Psychiatrie. In diesem Gespräch werden sowohl biographische Anteile exploriert und die psychiatrische Anamnese erhoben sowie am Ende ein psychischer Befund erstellt. Außerdem werden Hinweise für die Therapieplanung gegeben und eine aktuelle Einschätzung über die möglichen Entwicklungsschritte des Rehabilitanden gegeben. Die Ergebnisse und Diagnosen der somatischen und psychiatrischen Untersuchung werden sofort mit den Patienten besprochen, ebenso wie mögliche und notwendige weitere diagnostische und Behandlungsmaßnahmen.

### 3.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Eine **multidimensionale Diagnostik** mit Berücksichtigung unterschiedlicher ätiologischer Gesichtspunkte bei der Beurteilung von Krankheitsprozessen ist für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen unabdingbar. Unterschiedliche Berufsgruppen gewährleisten in der Aufnahme- und Diagnostikphase und während des Therapieprozesses, im Sinne einer Verlaufsdagnostik, dass der Patient mit seinem Störungsbild, den daraus resultierenden persönlichen, beruflichen und sozialen Auswirkungen sowie seiner Ressourcen und Veränderungsmöglichkeiten umfassend eingeschätzt werden kann. Diese berufsgruppenspezifische Diagnostik umfasst die verschiedenen bio-psycho-sozialen Ebenen. Dabei werden die wechselseitigen Verknüpfungen von Beeinträchtigungen auf den unterschiedlichen Ebenen der Funktion, der Aktivität und der Teilhabe und den zugrundeliegenden personenbezogenen und umweltbedingten Kontextfaktoren berücksichtigt.

Folgende diagnostische Maßnahmen sind in der Klinik regelhaft vorgesehen:

Die **somatische Diagnostik** erfolgt durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin, der gleichzeitig Bezugsarzt des Patienten ist und ihn während der gesamten Rehabilitation betreut. Der Patient wird mit allen körperlichen Erkrankungen und Beschwerden erfasst. Körperliche Folgeerkrankungen der Sucht und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Belastbarkeit werden eingeschätzt und dem Patienten rückgemeldet. Standardisiert finden in der Aufnahmephase und in der Mitte der stationären Therapie laborchemische Untersuchungen statt. Sie beinhalten die Bestimmung der Transaminasen, der Gamma-GT, der Harnsäurewerte, des Blutzuckers, des Kreatinin, des Urinstatus, der BSG, der Triglyceride und des Cholesterins. Ergeben sich aus der Vorgeschichte oder interkurrent weitere Erkrankungen, müssen zusätzliche labortechnische Untersuchungen durchgeführt werden. Regelmäßige Puls- und Blutdruckmessungen sowie Gewichtskontrollen sind obligat. Ein Facharzt für Innere Medizin kommt wöchentlich in die Klinik, so dass internistische Erkrankungen kompetent diagnostiziert und behandelt werden können. Besteht neben der Abhängigkeitsproblematik noch weitere Erkrankungen, werden weitere Fachärzte konsiliarisch zugezogen. Aufgrund der Vielzahl an orthopädischen Beschwerden verfügt die Klinik über eine gute Kooperation mit den ortsansässigen Fachärzten für Orthopädie. Eine Vielzahl der Patienten leidet neben der Suchterkrankung an weiteren organischen und psychischen Krankheiten. Erst eine ordnungsgemäße Abklärung der vorhandenen Beschwerden erlaubt, eine angemessene Therapieplanung vorzunehmen und entsprechende Konsequenzen für die psychotherapeutische Vorgehensweise zu ziehen. Die angemessene Behandlung der Begleiterkrankungen ermöglicht nach Abschluss der Rehabilitation eine bessere Integration in die berufliche Tätigkeit.

Die **psychiatrische Diagnostik** erfolgt bei jedem Patienten, sie wird durch zwei Fachärzte für Psychiatrie vorgenommen. Komorbide Störungen wie z.B. Depressionen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS und Angststörungen, aber auch hirngorganische Störungen werden, soweit möglich, in der Aufnahmewoche unmittelbar diagnostiziert und bei Bedarf auch medikamentös behandelt. Die psychiatrische Exploration dient auch der Erfassung von



Krankheitseinsicht, der Abstinenzmotivation und der Selbsteinschätzung. Frühzeitig können so Einschätzungen vorgenommen werden, welche therapeutischen Maßnahmen sinnvoll sind. Mehrmals wöchentlich findet eine psychiatrische Sprechstunde statt, durch die eine Verlaufskontrolle gewährleistet ist und ggf. eine Neuanpassung der Medikation oder weiterer Maßnahmen vorgenommen werden können.

Am Ende der Anamnese- und Befunderhebung hat jeder Patient, unter der Steuerung des ärztlichen Leiters, ein Visiten- und Auswertungsgespräch mit seinem Bezugsarzt und dem Psychiater, in dem der medizinische Behandlungsplan besprochen wird. Bereits hier werden sozialmedizinische Fragestellungen erörtert, die im Laufe des Therapieprozesses weiter verfolgt werden.

Die **psychosoziale Diagnostik** wird von den zuständigen Bezugstherapeuten (Diplom-Psychologen, Diplomsozialarbeiter, Diplomsozialpädagogen) durchgeführt, der den Patienten während seiner kompletten Rehabilitation betreut. Gemeinsam mit dem Patienten wird eine Sozialanamnese, eine Suchtanamnese und ein Familiengenogramm erstellt. In erster Linie geht es darum, die sozialen Zusammenhänge, in denen die Suchterkrankung entstand, zu erhellen und zu verstehen. Ressourcen werden erfasst, es wird überprüft, inwieweit abstinenzstabilisierende Kontextfaktoren für die Zeit nach der Therapie gegeben sind bzw. aufgebaut werden müssen. Nach unserem Verständnis handelt es sich bei der Erarbeitung der psychosozialen Diagnose bereits um eine therapeutische Intervention. So wird der Patient angeregt, Zusammenhänge seiner Suchterkrankung aus unterschiedlichen Sichtweisen zu betrachten und alternative Verhaltensstrategien zu entwickeln. Der Patient wird dabei in früh in die Verantwortung für die Gestaltung seiner abstinenzorientierten Zukunft genommen.

Zur **testpsychologischen Diagnostik** kommt bei jedem Patienten in der Aufnahme phase der *SCL 90 R – Symptom-Checkliste* von Derogatis in der deutschen Version von Franke (2002) zum Einsatz. Sie misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten 7 Tage auf den Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Aggressivität / Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus. Außerdem ergeben sich Werte für die grundsätzliche psychische Belastung, die Intensität und die Anzahl der Symptome. Sie eignet sich gut für Messwiederholungen und Verlaufskontrollen.

Bei speziellen psychiatrischen oder psychosozialen Fragestellungen werden folgende testpsychologische Verfahren zusätzlich angewandt:

- *WIP*- Reduzierter Wechsler- Intelligenztest bei Fragen der Intelligenzminderung
- *d2* zur Beurteilung individueller Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen.
- *Benton-Test* zur Überprüfung hirnerkranklicher Schädigungen
- *HASE* – Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene zur Überprüfung eines ADHS

Die **arbeitsbezogene Diagnostik** wird vom Bezugsarbeitstherapeuten in der Aufnahmewoche durchgeführt, der die Patienten während der gesamten Rehabilitation begleitet. Sie beinhaltet die Arbeits- und Berufsanamnese, die Selbsteinschätzung des Patienten mit der Identifikation von Problembereichen oder Ressourcen. Belastungen am Arbeitsplatz oder Probleme mit der Arbeitslosigkeit stellen die Grundlage der individuellen arbeitstherapeutischen Zielfindung dar. Grenzen der Belastbarkeit werden ebenso diagnostiziert wie die Fähigkeiten zur aktiven Freizeitgestaltung erfasst. Zielsetzung ist es einen individuellen Behandlungsrahmen mit dem Patienten abzustimmen.

Standardisiert kommt bei jedem Patienten in der Aufnahme das Verfahren *Melba (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit)* von Weinmann & Klevmann et al. (1988) zum Einsatz. Es dient der Erfassung von Patientenmerkmalen und Merkmalen der Arbeitsplätze. Angewandt werden vor allem die kognitiven Merkmale (Arbeitsplanung, Konzentration, Problemlösen etc.), sozialen Merkmale (Durchsetzung, Kon-

taktfähigkeit, Kritikfähigkeit etc.), Merkmale der Arbeitsausführung (Ausdauer, Pünktlichkeit, Selbstständigkeit etc.) und psychomotorischen Merkmale.

Der Bezugsarbeitstherapeut macht mit dem Patienten und seinem jeweiligen Arbeitsanleiter regelmäßige Auswertungsgespräche und überprüft dabei seine Leistungsfähigkeit und leitet bei Bedarf notwendige Veränderungen ein.

Je nach Behandlungszeit durchlaufen die Patienten eine 1 – 2 wöchige Aufnahmephase. Zur Steuerung des Therapieprozesses findet in der zweiten Behandlungswoche die Therapieplanbesprechung statt, in der der zuständige Bezugstherapeut, der Bezugsarbeitstherapeut und der ärztliche Leiter die Befunde und diagnostischen Einschätzungen bewerten und Zielsetzungen ableiten. Darauf aufbauend werden in Einzelgesprächen mit dem Patienten psychotherapeutische, arbeitsbezogene und medizinische Zielsetzungen erarbeitet. Hieraus leitet sich dann der Behandlungsplan ab, der mit jedem Patienten individuell gemeinsam erarbeitet wird.

Zur Verlaufsdiagnostik findet zur Mitte der Therapiezeit ein Bilanzgespräch statt. Bei Behandlungszeiten zwischen 16 – 26 Wochen findet dieses in der 8. und 16. Behandlungswoche statt. Unter Anwesenheit des Bezugstherapeuten, des Arbeitsanleiters und einem Mitarbeiter der ärztlich / therapeutischen Leitung werden gemeinsam mit dem Patienten bisherige Entwicklungsschritte reflektiert und weitere Zielsetzungen erarbeitet. Der Patient erhält dazu einen Vordruck, anhand dessen er sich auf das Gespräch vorbereiten kann. Er wird darin aufgefordert, sich mit der Zielsetzung vom Beginn der Behandlung auseinander zu setzen. Grundlage hierfür ist auch eine Verlaufseinschätzung des Patienten auf seiner Therapiezielkarte. Vor dem Bilanzgespräch findet eine ärztliche Kurvenvisite statt, aus der sich bei Bedarf weitere Behandlungsmaßnahmen ergeben.

### **3.7.3 Medizinische Behandlung**

Neben den bereits in der Diagnostik und Aufnahmephase erwähnten medizinischen Maßnahmen wird der Patient dazu motiviert, im Rahmen des Gesundheitstrainings für seinen Körper, körperliche Folgeerkrankungen und daraus resultierende notwendige Behandlungsmaßnahmen oder Veränderungen des Lebensstils die Verantwortung zu übernehmen. Da Alkohol und viele Drogen nahezu alle Organ- und Funktionssysteme des menschlichen Körpers vom Bewegungsapparat bis hin zum blutbildenden Knochenmark schädigen, können Störungen der Immunabwehr, des Herzmuskels, des zentralen und vegetativen Nervensystems ebenso entstehen wie suchtmittelassoziierte hirnganische oder internistische Beeinträchtigungen wie z.B. Diabetes mellitus. Durch den Wegfall der über Jahre eingesetzten Suchtmittel kommt es auch häufig zu einer Zunahme der körperlichen Schmerzsymptomatik, die einer organischen Abklärung bedarf. Häufig werden zusätzlich erhebliche Schlafstörungen als Ausdruck einer hohen inneren Anspannung und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper deutlich. Aber auch noch bestehende vegetative Entzugssymptome, die insbesondere bei drogenabhängigen Patienten noch wochenlang nach der Entgiftungsbehandlung beobachtet werden können, machen den Einsatz von medizinischen Behandlungen notwendig. Dabei versuchen wir durch alternative Behandlungsmaßnahmen, die aus der Akupunktur, Physiotherapie und physikalischen Therapie kommen, medikamentöse Behandlungen weitgehend zu vermeiden, um Patienten für eine bewusste und verantwortliche Auseinandersetzung mit den Beschwerden zu gewinnen. Darüber hinaus verfügt die Klinik über Möglichkeiten der Elektro- und Ultraschalltherapie, so dass Erkrankungen aus dem orthopädischen Bereich wie z.B. eine Periarthritis humeroscapularis, Gonarthrose, Epikondylitis und rezidivierende Lumbalgien gut behandelt werden können. Zusätzlich werden bei Indikationsstellung Iontophorese, transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) und Mikrowellentherapie eingesetzt.

Bei chronischen Rücken- und Kopfschmerzen besteht häufig eine Indikation für Akupunkturbehandlung. Diese wird nach den klinischen Prinzipien der traditionellen chinesischen Medizin (Anamnese, Puls- und Zungendiagnostik sowie vorliegende Symptome) individuell durchgeführt. Meistens kommt die Ohrakupunktur zur Anwendung, wenn auch zeitweise eine Kombinationsbehandlung von Ohr- und Körperakupunktur durchgeführt werden muss.

Bei noch bestehenden vegetativen Entzugssymptomen, wie sie insbesondere nach langjährigem Drogenkonsum häufig auftreten, aber auch bei Suchtdruck hat sich die Umsetzung der Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll in unserer Einrichtung bewährt.

Eine Behandlung nach dem NADA-Protokoll (NADA = National Acupuncture Detoxification Association) beinhaltet eine wirkungsvolle Kombination von konventioneller Therapie und wiederholter Anwendung von Ohrakupunktur in einem besonderen Setting (Kleingruppe, bis zu 30 Min., mehrfach).

Auch unsere Raucherentwöhnungsprogramme werden mit Ohrakupunkturbehandlungen begleitet. So kann die Ohrakupunktur die körperlichen Symptome in der Anfangsphase des Nikotinentzugs deutlich mildern. Schlafstörungen, Schweißausbrüche und Rauchverlangen, Nervosität und körperliche Unruhe können behandelt werden.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil in der medizinischen Behandlung ist die Physiotherapie. Der chronische Suchtmittelkonsum führte häufig zu fehlender körperlicher Fitness und einem deutlichen Trainingsrückstand. Häusliche Unfälle und Arbeitsunfälle wurden unzureichend behandelt, die physiotherapeutischen Maßnahmen vernachlässigt. Da das Suchtmittel selbst eine analgetisch / anästhetische Wirkung hatte, wird das Ausmaß der Beschwerden erst nach der komplett abgeschlossenen Entgiftung deutlich. Schmerzmittelmissbrauch ist bei einigen dieser Patienten bereits sehr verbreitet. Bei der Entwicklung des medizinischen Behandlungsplanes stehen bei diesen Patienten anfangs physiotherapeutische Maßnahmen ganz im Vordergrund, verbunden mit einem sporttherapeutischen Programm, das mit den Patienten in enger Abstimmung mit dem Arzt und dem Sporttherapeuten umgesetzt wird.

Folgende Maßnahmen der Physiotherapie werden angewandt:

- Maßnahmen der physikalischen Therapie wie Anwendungen durch Heusack, Muskellockerungsmassagen, Armbäder, Fußbäder, Wassertreten, Wannenbehandlungen mit entsprechenden Heilkräuterextrakten insbesondere auch bei Hauterkrankungen.
- Vierzellenbäder als Methode der Galvanisation bei alkoholtoxischen Polyneuropathien angewandt werden. (Nach einer hauseigenen Auswertung erleben wir bei über 80 % der Patienten nach 20 Sitzungen eine deutliche Milderung der sensiblen Störungen).

Alle Maßnahmen werden von einem medizinischen Bademeister umgesetzt und überwacht.

- Die Maßnahmen der Krankengymnastik als einzel- und gruppentherapeutische Behandlungen ergeben sich bei einer Vielzahl von Patienten mit orthopädischen, neurologischen und chirurgischen Zusatzdiagnosen. Zwei Physiotherapeutinnen stehen zur Verfügung. Wöchentliche Rückkopplungsgespräche mit dem ärztlichen Dienst sind obligat. Durch die umfangreichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unserer Physiotherapeutinnen können vielfältige Methoden zum Einsatz kommen (z.B. manuelle Therapie, Kinesiologie). Entscheidend ist die Anleitung der Patienten zum eigenständigen und regelmäßigen Autotraining.
- Neben der Rückenschule als Gruppenbehandlung, die wöchentlich durchgeführt wird, bieten wir eine Wassergymnastik als Gruppenbehandlung an, die insbesondere bei Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen angezeigt ist.

Die medizinische Versorgung wird sichergestellt durch den ärztlichen Leiter und seine Stellvertreterin, die beide Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind. Zwei Allgemeinärzte, die als Bezugsärzte die somatische Versorgung in täglichen Sprechstunden leisten, werden zu-

sätzlich von einem Internisten und Diabetologen, der einmal pro Woche donnerstags zu einer Sprechstunde in die Einrichtung kommt, unterstützt.

Neben Visitingesprächen werden zusätzlich psychiatrische Sprechstunden angeboten.

Ein Pflegedienstteam ist für die Versorgung der Patienten weitgehend rund um die Uhr in der Klinik tätig.

### 3.7.4 Psychotherapeutische Gruppen- und Einzelbehandlung

Jeder Patient gehört von Behandlungsbeginn an zu einer **Bezugsgruppe**, die von seinem Bezugstherapeuten geleitet wird. Die Gruppengröße liegt zwischen 9 – 12 Patienten. Wird die Gruppe von zwei Bezugstherapeuten geführt, kann die Gruppengröße auf maximal 14 Patienten ansteigen. Jedem Patienten wird bereits beim Aufnahmegespräch mitgeteilt, wer im Urlaubs- oder Krankheitsfall Therapievertreter ist. Diese Gruppe wird halboffen geführt d.h. es werden neue Patienten aufgenommen, wenn Gruppenmitglieder die Behandlung beendet haben. Wöchentlich finden vier Gruppensitzungen statt, davon eine im Rahmen einer selbstorganisierten Gruppe d.h. ohne Therapeut. In dieser Gruppe werden Planungen und Zielsetzungen sowie Ereignisse der letzten Tage gemeinsam von den Patienten diskutiert. Diese Gruppensitzung dient bereits der Vorbereitung auf die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, in dem der einzelne Patient dabei die Erfahrung sammeln kann, wie Abhängigkeitserkrankte sich gegenseitige Hilfestellungen und Unterstützung zukommen lassen, auch wenn kein Therapeut anwesend ist.

Im Therapieprozess hat die Gruppentherapie die zentrale Bedeutung. Sie ist besonders gut geeignet, um eigenes Rollenverhalten durch die Interaktion zu erleben, zu betrachten, zu reflektieren und im geschützten Rahmen neue Verhaltensweisen auszuprobieren (Fiedler, 1999; Yalom, 1989). Die Gruppentherapie stellt eine Intensivmaßnahme dar, die es jedem Patienten ermöglicht, seine Fähigkeit zur Auseinandersetzung sowie den Bezug zur Realität immer wieder zu überprüfen und damit verbundene Zusammenhänge seiner Sucht- und Persönlichkeitsentwicklung zu überdenken. Zum anderen stehen Fragen der Bedeutung von Bezugspersonen im Beziehungsgefüge des Patienten im Mittelpunkt. Die Gruppe bietet dem Patienten die Möglichkeit, seine bisherigen Lebenserfahrungen zu reflektieren sowie alternative Verhaltensweisen zu entwickeln und auszuprobieren. Der Gruppentherapeut ist zusammen mit den Gruppenmitgliedern für die Spiegelung des Gruppenprozesses zuständig, fördert die Entwicklung von Offenheit und weckt die Bereitschaft für die Auseinandersetzung mit individuellen Themen. Der Aufbau von Vertrauen, Kohäsion und Verschwiegenheit außerhalb der Gruppe ist hierzu eine notwendige Grundvoraussetzung. Hierdurch entsteht eine Gruppenatmosphäre, in der es dem Patienten gelingt, sich für seine persönlichen Themen zu öffnen und auszusprechen. Dabei erfährt er, wie er sich über das Mitteilen und durch die Auseinandersetzung mit Belastungen emotional entlasten und Lösungen finden kann. Die Rückmeldungen und emotionale Anteilnahme der Gruppenmitglieder stellt dabei eine wichtige Hilfestellung dar. Gilt es doch dabei die Erfahrung zu machen, dass jeder einzelne Unterstützung erfährt, wenn er sich mitteilt und um Unterstützung bittet, so dass er zur Problembewältigung auf Suchtmittel nicht mehr zurückgreifen muss. Jedes einzelne Gruppenmitglied, das sich mit einer Problemstellung in die Gruppe einbringt, stellt für seine Mitpatienten ein Modell dar und dient damit dem stellvertretenden Lernen und zu Rückschlüssen für die eigene Person. Von den vielfältigen Themen, die während des Therapieaufenthalts im Mittelpunkt stehen, seien hier nur einige wesentliche genannt:

- Analyse des Sucht- und Problemverhaltens
- Aufbau einer Krankheitseinsicht für die Suchterkrankung
- Förderung der Abstinenzmotivation und Selbstakzeptanz
- Rückfallbearbeitung und das Erlernen von Rückfallpräventionsstrategien
- Erarbeitung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Frustration und Ärger
- Förderung der Selbst- und Fremdeinschätzung im sozialen Kontext

- Erlernen eines angemessenen Umgangs mit belastend erlebten Gefühlen
- Reflektion der Lebensgeschichte und Aufbau einer abstinenzstabilisierenden Zukunft
- Überprüfung des Rollenverständnisses als Mann
- Aufarbeitung von biographischen Belastungen

Ausgehend von diesen und anderen Themen, soweit sie für das Leben des Einzelnen von Bedeutung sind, gilt es, im Rahmen der Gruppentherapie Zielperspektiven, Haltungen und Lösungen für die Zukunft zu entwickeln. Methodisch zum Einsatz kommen dabei Rollenspiele, Rückmelderunden, System- und Familienaufstellungen, Kleingruppenarbeit und therapieunterstützende Arbeitsblätter.

Zusätzlich werden - je nach Fähigkeit und Bedarf - auch Entspannungstechniken, insbesondere aus dem Bereich der imaginativen Verfahren eingesetzt. Zu Gruppenbeginn und zu bestimmten Themen sind oft Phantasiereisen, Imaginationen oder Visualisierungen sinnvoll, da sie die Patienten besser fokussieren und einen guten Beitrag zur Achtsamkeit leisten können.

Imaginationsübungen nach Reddemann und Sachsse (1997) dienen der Stabilisierung und Selbstberuhigung und werden zu Gruppenbeginn oder bei bestimmten Anlässen, sowohl im Einzel-, als auch im gruppentherapeutischen Kontext angewandt. So soll z.B. mit der Übung „Der innere sichere Ort“ die Erfahrung von absoluter Sicherheit und Geborgenheit vermittelt werden. Um die Patienten zu ermutigen, hochfrequent diese Stabilisierungs- und Entspannungstechniken einzusetzen, werden diese auch im Einzelkontakt weiter eingeübt. Im Einzelfall ist es möglich, auch entsprechende CDs auszuleihen oder zu erwerben.

Jeder Patient erhält **therapeutische Einzelgespräche** durch einen Bezugstherapeuten, der gleichzeitig auch verantwortlicher Therapeut für die Durchführung der Gruppentherapie des Patienten ist. In der Aufnahmephase dienen sie der Erhebung der Anamnese, dem Aufbau eines Arbeitsbündnisses, der Erarbeitung und Vermittlung eines individuellen Krankheitsmodells für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung sowie die Entwicklung der persönlichen Therapieziele und der Erstellung des individuellen Behandlungsplans. Erfahrungsgemäß ist in der Anfangsphase ein höheres Maß an Einzeltherapie notwendig, um eine vertrauensvolle Patient-Therapeut-Beziehung aufzubauen, um die Behandlungsmotivation zu fördern und Perspektiven zu erarbeiten. In der Regel sind wöchentliche Einzelgespräche sinnvoll; für manche Patienten sind zeitweise auch häufigere Einzelkontakte notwendig, um Entwicklungsschritte immer wieder zu überprüfen und zu sichern. Dies betrifft insbesondere Patienten mit Doppeldiagnosen, bei denen krankheitsbezogene Schwierigkeiten und Belastungen, interaktionelle Probleme und akute Krisen bearbeitet werden können. Um Krisen aufzufangen, sind ggf. auch tägliche Kurzinterventionen erforderlich. Bei Patienten mit guter Zielorientierung in der Gruppentherapie und entsprechender Paar- und Angehörigentherapie kann die Frequenz der Einzeltherapie auch verringert werden.

Im Behandlungsverlauf dienen die psychotherapeutischen Einzelgespräche der Bearbeitung individueller Problemstellungen, der Vorbesprechung von Themenstellungen die in der Gruppe weiter bearbeitet werden, der Klärung der beruflichen Perspektive sowie der Planung, Durchführung und Nachbesprechung von häuslichen Belastungserprobungen. Zum Einsatz kommen Verhaltenstherapie und systemische Therapie, oder auch Gesprächspsychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Therapie je nach Ausbildungsschwerpunkt des Therapeuten. Die Kompetenz für die Lösung der persönlichen Probleme lässt der Therapeut beim Patienten. Er hilft ihm, eigene Ressourcen zu aktivieren und begleitet ihn bei der Bewältigung seiner Aufgabenstellungen. Der Patient erfährt dabei eine Hilfe zur Selbsthilfe, die er in seinen Alltag übertragen kann. Der Therapeut ist dabei stellvertretend Modell für zukünftige Ansprechpartner, deren Unterstützung und Hilfe sich der Patient sucht.

### 3.7.5 Indikationsgruppen

In Abhängigkeit von den Therapiezielen des Patienten wird mit ihm die Teilnahme an prozessvertiefenden Indikationsgruppen besprochen und der Behandlungsplan wird entsprechend ausgerichtet. Ab der 4. Behandlungswoche, wenn der Patient in den 2. Teil der Behandlung, den so genannten Therapieplan B wechselt, nimmt der Patient 6-malig verpflichtend an einer psychotherapeutischen bzw. psychoedukativen Vertiefungsgruppe teil, die 90 Minuten dauert (so genannte Wahlpflichtgruppe; bei KoRS-Patienten, siehe 3.6.1, ist der Einstieg bereits früher möglich). Diese Gruppen verstehen sich insofern als halboffen, dass alle 3 Wochen ein Neueinstieg möglich ist. Bei Therapiezeiten, die länger als 12 Wochen dauern, ist eine Teilnahme an mehreren Wahlpflichtgruppen möglich. Das Angebot der prozessvertiefenden Indikationsgruppen gibt zusätzlich themenzentriert therapeutische Unterstützung insbesondere bei komorbiden Störungen der Patienten, die der Abhängigkeitserkrankung häufig zugrunde liegen oder diese aufrecht erhalten wie z.B. Ängste, Depressionen, Selbstwertproblematik, Traumatisierungen, mangelnde soziale oder Stressbewältigungskompetenz und unzureichende Fähigkeit im Erleben und Ausdrücken von Gefühlen.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Gruppen:

#### **Stressbewältigungsgruppe**

Auf der Grundlage des transaktionalen Stressmodells (Lazarus & Folkman, 1984), wird der Entstehungsprozess und das komplexe Stressempfindungen mit seinen unterschiedlichen Stressreaktionen vermittelt. Der Zusammenhang von Suchtmittelleinnahme und Stress wird thematisiert und alternative suchtmittelfreie Bewältigungsstrategien werden erarbeitet. Dabei wird den individuellen Faktoren, die das Stressempfinden beeinflussen, besondere Bedeutung beigemessen. Dementsprechend werden in der Stressbewältigungsgruppe basierend auf individuellem Stresserleben persönliche Stressoren identifiziert und funktionale Zusammenhänge gemeinsam erarbeitet. Durch das Erlernen kognitiver Bewältigungstechniken erfährt der Patient, wie er selbststeuernd seinen Stress reduzieren und bewältigen kann. Dem Patienten werden kurzfristige Erleichterungstechniken (wie z.B. Kurzentspannung, Ablenkung, Abreaktion) vermittelt, sowie langfristige Entlastungs- und Bewältigungsmöglichkeiten, wie die Änderung von Gewohnheiten und Arbeitsabläufen. Thematisiert werden auch die Bedeutung einer ausgleichenden Freizeit- und Erholungsaktivität sowie der adäquate Umgang mit Genuss.

#### **Gruppe Angst und Depression - Mut zur Lebensfreude**

Zahlreiche Patienten leiden neben ihrer Abhängigkeitserkrankung an Ängsten und depressiver Verstimmung. Suchtmittelkonsum wurde häufig zur Bewältigung eingesetzt. Das Wissen der Patienten um die Entstehungsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten ist meist gering. In der Angst- und Depressionsgruppe wird dem Patienten Wissen über Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen vermittelt. Der funktionale Missbrauch von Suchtmittel zur Bewältigung der Beschwerden wird bei der Wissensvermittlung berücksichtigt. Ein Schwerpunkt bildet die Beschäftigung mit dem angstpotenzierendem Teufelskreis sowie der symptomverstärkenden Depressionsspirale vor dem Hintergrund angstorientierter bzw. depressionsverstärkender Kognitionen und Denkmuster. Bewältigungstechniken im Umgang mit Ängsten und Depressionen werden vermittelt, alternative konstruktive Kognitionen und Verhaltensmuster werden erarbeitet und bei Bedarf durch konkrete Expositionsübungen geübt. Die Gruppe besteht somit aus einem psychoedukativen und verhaltenstherapeutischen Anteil.

Genussübungen unterstützen das positive Selbsterleben des Patienten und der Patient wird im Aufbau von positiven Aktivitäten angeregt, die in Form von Hausaufgaben bis zur nächsten Sitzung umgesetzt werden sollen. Der wechselseitige Austausch unter den Patienten, die an einer ähnlichen Problematik leiden, trägt wesentlich zur Gruppenatmosphäre bei. Der einzelne erfährt eine Gemeinschaft, Anteilnahme und Unterstützung, was als deutlich entlastend erlebt wird.

### **Gruppentraining sozialer Kompetenzen - Sicher durchs Leben**

Im Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK, Hinsch und Pfingsten; 2007) erlernen Patienten mit geringer Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, sozialer Unsicherheit oder eingeschränkter Konflikt- und Auseinandersetzungsfähigkeit, Wünsche und Bedürfnisse angemessen zu vertreten, berechnete Forderungen und Interessen durchzusetzen und um Sympathie zu werben. Vor dem Hintergrund, dass ein Suchtmittelkonsum häufig durch Frustrationserfahrungen in sozialen Kontakten begünstigt wurde, ist es Zielsetzung dieser Indikationsgruppe, Beziehungen aktiv zu gestalten, so dass der Patient eine dauerhafte soziale Anerkennung, Selbstbestätigung und Zufriedenheit aus seinem unmittelbaren sozialen Umfeld erfahren kann. Anhand der psychosozialen Kontextsituation des Patienten wird die Bedeutung negativer und positiver Selbstverbalisationen für entsprechende Verhaltenskonsequenzen theoretisch besprochen und anhand alltagsnaher Beispielsituationen des Patienten erläutert. Ferner werden im Sinne eines Diskriminationstrainings die Unterscheidung von selbstsicherem, unsicherem sowie aggressivem Verhalten in unterschiedlichen themenspezifischen Alltagssituationen in Bezug auf verbale und nonverbale Kommunikationsanteile analysiert und die jeweiligen Folgen im Prozess der zirkulären Kommunikation erarbeitet. Im Weiteren werden Kriterien eines angemessenen Ausdrucks eigener Gefühle besprochen. Sämtliche Lerninhalte werden in strukturierten Rollenspielen eingeübt und mittels ressourcenorientierter Feedbacks werden positive Verhaltensweisen des Patienten verstärkt. Ein entsprechender Lerntransfer wird durch Selbstbeobachtungsaufgaben für den stationären wie außersstationären Alltag des Patienten gefördert. Eine alltagsnahe Umsetzung der Lerninhalte wird hierdurch gefördert und prozessbegleitend besprochen.

### **Gefühl- und Erlebnisgruppe - Kraftstoff Gefühl**

Die Wahrnehmung, das Ausdrücken, selbst das Benennen von Gefühlen fällt Männern häufig schwer. Vielen Abhängigkeitserkrankten gelingt es erst unter Einfluss von Suchtmitteln einen Zugang, und nicht selten eine inadäquate Ausdrucksform, zu ihren Gefühlen zu bekommen. In der Gefühlserlebensgruppe ist es Zielsetzung, dem Patienten einen Zugang zu seinen Gefühlen zu ermöglichen, diese anzunehmen und eine angemessene Ausdrucksform zu erfahren. Mittels körperorientierter Übungen und musiktherapeutischer Elemente wird das Erleben und Verbalisieren von Gefühlen gefördert. Imaginative Techniken, in Form von angeleiteten Phantasieeisen und Partnerübungen, ergänzen das Spektrum an Zugangswegen zu den Gefühlen des Patienten. Diese stark erlebensorientierte Gruppe fördert das Zulassen von Gefühlen unter Männern. Untereinander können die Gruppenmitglieder dabei voneinander lernen und die Selbstakzeptanz ihrer Gefühle verbessern. Dabei sollen die Gefühle nicht bewertet werden in z.B. positiv oder negativ. Vielmehr sollen alle Gefühle als Ausdrucksform des Selbstempfindens wahr genommen und zu jedem Menschen zugehörig erlebt werden. Konstruktive Ausdrucksformen von als unangenehm oder als belastend erlebte Gefühle werden gemeinsam eingeübt. Die Gruppe hat auch einen psychoedukativen Anteil, in dem der Einfluss von Gefühlen auf die Wahrnehmung, das eigene Handeln und die Interaktion und Kommunikation mit Dritten thematisiert wird.

Neben diesen prozessvertiefenden Indikationsgruppen sind weitere Therapiegruppen vorgesehen, an denen die Patienten auch zu einem früheren Therapieabschnitt teilnehmen können. Diese sind zeitversetzt, so dass mehrere Angebote gleichzeitig genutzt werden können. Es handelt sich dabei um folgende weitere Gruppenangebote:

### **Rauchfreies Leben lernen – Rauchfreies Leben lernen**

Bereits im Rahmen des ärztlichen Gesundheitstrainings werden im Sinne der Vermittlung eines ganzheitlichen Gesundheitskonzeptes informelle und motivationale Aspekte der Raucherentwöhnung diskutiert. Zusätzlich müssen alle Nikotinkonsumenten verbindlich an der Informationsveranstaltung „Rauchfreies Leben“ teilnehmen, in der die Patienten über das interne Raucherentwöhnungsprogramm informiert werden.

Die Durchführung des Programms orientiert sich an „Das Rauchfrei Programm“ des Institutes für Therapieforschung (IFT, 2007). Es richtet sich an alle interessierten Patienten, die wäh-

rend der Therapie die Voraussetzung für eine Tabakabstinenz schaffen wollen. Aus medizinischer Sicht ergibt sich bei tabakassoziierten Erkrankungen, wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Erkrankungen der Atemorgane ebenfalls eine Indikation für eine Teilnahme, wobei in diesen Fällen über den ärztlichen Dienst und die Bezugstherapeuten weitere Motivationsgespräche zur Teilnahme an der Raucherentwöhnung geführt werden.

Der Kurs integriert verhaltenstherapeutische Ansätze mit motivierender Gesprächsführung (Miller und Rollnick, 1999). Bei der motivierenden Gesprächsführung ist die Zielsetzung, eine Veränderungsbereitschaft zu fördern. In der Bewusstmachung der Doppellambivalenz durch die Beschreibung der positiven und negativen Seiten des Rauchens und der noch negativen Aspekte des Aufhörens wird eine Entscheidungskompetenz des Betroffenen erarbeitet. Mit Empathie und durch aktives Zuhören nimmt der Kursleiter die Gefühle und Vorstellungen der Patienten an, ohne sie zu werten, ohne Beweisführungen oder Lösungsvorschläge, um den Widerstand zu vermeiden und die Kursteilnehmer selbst Ideen zur Lösung ihrer Probleme entwickeln zu lassen. Die Botschaft des Kursleiters lautet: „Wenn Sie möchten, werde ich Ihnen dabei behilflich sein, sich zu ändern“.

Im verhaltenstherapeutischen Ansatz des Kurses werden Aspekte der Selbstkontrolle ebenso berücksichtigt wie die Sicherung von Teilerfolgen im Sinne der Veränderungsbereitschaft, um über Stabilisierungsschritte Voraussetzungen für die Festlegung eines „Stopp-Tages“ zu schaffen. Kreativität und individuelles Vorgehen ist im Einzelfall genauso notwendig, wie die Nutzung gruppenspezifischer Aspekte und die Beibehaltung der Gruppenaktivitäten nach Beendigung des Rauchens. Zur Verstärkung der zu erreichenden Nikotinkarenz werden freizeitbezogene, belohnende Aktivitäten eingesetzt. Unmittelbar nach Beendigung des Rauchens steht zur Reduzierung der Entzugserscheinungen Ohrakupunktur zur Verfügung. Ziel ist erstrangig eine komplette Nikotinkarenz. Im Einzelfall kann auch die Reduktion des Nikotinkonsums das Ergebnis sein, verbunden mit einem besseren Bewusstsein bezüglich des künftigen Rauchverhaltens.

### **Entspannungstraining**

Das Erlernen, die Beherrschung und die Anwendung einer Entspannungstechnik ist eine wichtige Grundlage der eigenen Gesundheitsvorsorge, des Stressabbaus im Alltag und für die Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen. In der Klinik wird die Progressive Muskelrelaxation vermittelt, die sich gerade bei Menschen gut eignet, die eine eingeschränkte Körperwahrnehmung haben, was für viele Suchtpatienten zutrifft. Bei Patienten mit psychiatrischer Komorbidität eignet sie sich gut bei der Bewältigung von Krankheitssymptomen wie innerer Unruhe, Anspannung und allgemein als unangenehm erlebten Gefühlen.

Im Informationsteil der Indikationsgruppe werden wesentliche Inhalte der Methode nach Jakobsen (z. B. Olschewski, 1992) über die Bedeutung bewusster Entspannung im Alltag dargestellt und der Zusammenhang zwischen psychischer Erregung und physischer Anspannung vermittelt. Der Anwendungsteil erstreckt sich über sechs Sitzungen, in denen die Entspannungstechnik angeleitet und gemeinsam geübt wird. Die Teilnehmer sind dazu aufgefordert, die Entspannungsmethode eigenständig zu üben. Ihre Erfahrungen werden in den Gruppensitzungen besprochen und der gegenseitige Austausch fördert die Motivation für die eigenständige Anwendung und Integration in den Alltag.

### **Gruppe für ältere Patienten - Ü 55**

Der Anteil der älteren Menschen, die an einer Suchtmittelabhängigkeit leiden ist in den vergangenen Jahren angestiegen. Diese Patientengruppe befindet sich in einer Lebensphase, in der die Erwerbsfähigkeit keinen oder in absehbarer Zeit keine tagesgestaltende Aufgabe mehr darstellt. Die Patienten im Alter über 55 Jahre haben die Möglichkeit, an der Indikationsgruppe „Ü 55“ teilzunehmen. Sie hat die Zielsetzung, sich mit dem Alterwerden, dem Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand, der Gestaltung des mittlerweile erreichten Ruhestandes und der Würdigung der eigenen Lebensleistung auseinander zu setzen. Themen wie Vitalität und Gesundheit, Genussfähigkeit, Alltags- und Freizeitgestaltung, Tod fin-



den ebenso Berücksichtigung. Die Gruppe findet wöchentlich statt. Eine Teilnahme ist ab der 3. Behandlungswoche möglich und kann bis zur Entlassung fort gesetzt werden.

### **Gruppe für junge Patienten - U 30**

Patienten unter 30 Jahren nehmen ab der dritten Behandlungswoche wöchentlich an der „U 30-Gruppe“ teil. Patienten in dieser Altersgruppe haben häufig eine Sozialisation mit Suchtmittelkonsum im frühen Jungendalter und es mangelt ihnen an wichtigen Entwicklungsschritten beim Übergang in das Erwachsenenalter, wie z.B. bei der Übernahme von Verantwortung, beim Durchhaltevermögen oder in Bezug auf die Frustrationstoleranz. In ihrer psychischen Entwicklung sind sie häufig verzögert. Das Erleben von angenehmen Gefühlen und Gemeinschaft ist meist mit Suchtmittelkonsum assoziiert. Mittels erlebnispädagogischer Maßnahmen haben diese jungen Patienten die Möglichkeit, sich in ihren Gefühlen neu zu erleben und auszudrücken. Neue Erfahrungen können dabei in der Gemeinschaft gemacht werden. Darüber hinaus bietet diese Gruppe auch einen Rahmen, in dem über Suchtmittelerfahrung und suchtmittelbelastete Verhaltensmuster gesprochen werden kann. Parallel können erste Schritte zur Schaffung eines neuen Rollenverhaltens und Wertesystems gemacht werden. Die Gruppe lebt durch ihre Dynamik und erfährt ausreichend Struktur durch die Therapeuten.

### **3.7.6 Arbeitsbezogene Maßnahmen**

Zentrale Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Auf der gesetzlichen Grundlage des im Juli 2001 in Kraft getretenen Sozialgesetzbuches IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – hat sich in Ergänzung zu § 9 ff des Sozialgesetzbuches VI. der Reha-Träger eine noch bessere Koordination einzelner Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zum Ziel gesetzt. Hierdurch kommt allen Maßnahmen der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation mit ihren individuellen, differenzierten und indikationsgeleiteten Angeboten eine besondere Bedeutung zu. Der Anteil der arbeitslosen Patienten liegt in unserer Einrichtung bei etwa 50 %, so dass wir im Wissen um die empirisch nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfall nach Entwöhnungsbehandlung bei diesen Patienten besonders großen Wert auf Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung legen müssen. Auch der Erhalt des Arbeitsplatzes ist von größter Bedeutung.

Es ist unverzichtbar, in der Aufnahmephase eine differenzierte Berufsanamnese zu erstellen. Sie gibt dem Bezugsarbeitstherapeuten auch Hinweise auf berufsbezogene Probleme, aber auch auf Ressourcen im Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz. Sie ermöglicht außerdem eine grundsätzliche Abklärung beruflicher und persönlicher Qualifikationen und gibt Hinweise auf die mögliche Veränderungsbereitschaft des Patienten. In enger Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst der Einrichtung werden kognitive, psychomotorische, andere körperliche und motorische sowie kommunikative Einschränkungen und Fähigkeiten erhoben, um im Anschluss Zielsetzungen für einen arbeitsbezogenen Behandlungsprozess in der Klinik zu schaffen. Während der Aufnahmephase, in der die Patienten 2 Wochen in einem Kreativbereich tätig sind, gelingt es, diese Grundlagen zu erarbeiten.

Um eine möglichst objektive Leistungseinschätzung zu erhalten, wird in der Aufnahmephase eine psychiatrische Untersuchung und ggf. eine psychologische Testung durchgeführt, um Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen früh zu diagnostizieren und um entsprechende Trainingsfelder anzubieten. Ein im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung an der Universität-Gesamthochschule Siegen von Weinmann, Klevmann et al. entwickeltes Verfahren macht es möglich, sowohl Patientenmerkmale als auch Merkmale der Arbeitsplätze zu beschreiben. Das Verfahren „Melba“ (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit, 1998) ist somit ein standardisiertes Dokumentationsverfahren, das wichtige Merkmale erfasst, die für jede Art von Arbeit Bedeutung haben.

Im Kernbereich werden fünf zentrale Merkmale erfasst und in der Klinik angewandt:

- kognitive Merkmale: Arbeitsplanung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Problem lösen, Flexibilität
- soziale Merkmale: Durchsetzungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Kritisierbarkeit, Teamarbeit
- Merkmale in der Arbeitsausführung: Ausdauer, Pünktlichkeit, Selbständigkeit, Sorgfalt
- psychomotorische Merkmale: Antrieb, Feinmotorik und Reaktionsgeschwindigkeit
- Kommunikation: Lesen, Rechnen, Schreiben, Sprechen.

Durch den Einsatz dieser Instrumente gelingt es, wesentliche Parameter, die im Arbeitsleben immer wieder Anlass für Konflikte und Probleme ergeben, zu bewerten und anschließend Lösungs- und Veränderungsprozesse zu initiieren. Insgesamt stellt dieses Verfahren eine erhebliche Erleichterung für die Objektivierbarkeit und Messung von Leistungen und Fähigkeiten dar.

Nach einem Zielfindungsgespräch (zweite Behandlungswoche), das gemeinsam mit dem Patienten und Bezugsarbeitstherapeuten geführt wird, werden Ziele im arbeitsbezogenen Prozess während der stationären Rehabilitation festgelegt. Die Evaluierung bezüglich des Erreichens der Ziele und Teilziele von arbeitsbezogenen Maßnahmen erfolgt in den wöchentlichen Reflexionsgesprächen mit dem Arbeitsanleiter oder Arbeitstherapeuten im gruppen- oder einzeltherapeutischen Setting. So können frühzeitig adaptiv Korrekturen vorgenommen oder weitere Indikationen gemeinsam erarbeitet werden. Der zeitliche Umfang der arbeitsbezogenen Maßnahmen ist indikationsabhängig. Das Spektrum reicht von einem Fehlen der Arbeitstherapie zugunsten eines Freizeitkompetenztrainings bis zu einer Belastungserprobung im Sinne einer projektbezogenen Arbeitstätigkeit in einem internen oder externen Praktikum bis zu 30 Wochenstunden.

Folgende arbeits- und freizeitbezogenen Tätigkeits- und Trainingsbereiche können im Rahmen der stationären Rehabilitation zur Anwendung kommen:

#### ***Dienstleistungsbereiche***

Cafeteria, Speisesaal, Spülküche, Küche, Wäscherei, Schwimmbad, Kneippanlage. Vorrangig Tätigkeiten im Team aber auch an Einzelarbeitsplätzen, in denen neben kognitiven Merkmalen auch Kommunikationsfähigkeit und soziale Merkmale überprüft und trainiert werden können. In einigen Bereichen werden auch EDV-Kenntnisse erarbeitet und vertieft.

#### ***Garten- und Anlagenbereich***

Tätigkeiten im Team und einzelverantwortliche Arbeiten, auch projektbezogene Tätigkeiten. Das Gewächshaus ermöglicht witterungsunabhängige Maßnahmen. Im Anlagenbereich fallen im Einzelfall auch körperlich schwere Tätigkeiten an.

#### ***Handwerksbereiche***

Schreinerei, Schlosserei, Fahrradwerkstatt, Tätigkeiten im Team und Einzeltätigkeiten, auch sitzende Tätigkeiten für Patienten mit körperlichen Defiziten und Einschränkungen, vielseitige Tätigkeiten mit den Werkstoffen Holz und Metall.

#### ***Haustechnik***

Tätigkeiten im Team und Einzeltätigkeiten, Renovierungstätigkeiten, Elektroarbeiten, Kontroll- und Überprüfungstätigkeiten.

#### ***Patientenbibliothek***

EDV-gestützte Steuerung der Patientenbücherei in Patientenselbstverwaltung.

### **EDV-Arbeitsplätze**

Sechs Plätze, bei denen, je nach Qualifikation, als einzeltherapeutische Maßnahme entsprechende Computerprogramme und Übungsprogramme oder Dienstleistungen für die Einrichtung umgesetzt werden.

### **EDV-Kurse**

- Alle Kurse finden im EDV-Schulungsraum statt, der mit 10 Plätzen ausgestattet ist.
- PC-Kurs für Anfänger einmal im Monat an drei Abenden à 90 Minuten,
- PC-Kurs für Patienten mit Grundkenntnissen, sechs Nachmittage à 100 Minuten durch einen Fachinformatiker der Kreishandwerkerschaft. Die Patienten erhalten am Ende ein durch die Kammer beglaubigtes Zertifikat
- Internetkurs, ein Kurs pro Monat, zweimal 90 Minuten (Vermittlung von Kenntnissen in Suchtechniken, Erstellung einer E-Mail-Adresse, Online-Bewerbungen etc.).
- Erstellung eines Online-Profiles bei der Arbeitsagentur und anderen Portalen.
- Gezieltes Einzeltraining nach Vereinbarung.

### *Angebote für arbeitslose Patienten*

Arbeitslose Patienten haben unterschiedlichste Hintergründe, bezogen auf ihre Arbeitsgeschichte, ihre Erfahrung und ihre Selbsteinschätzung. Langzeitarbeitslosigkeit bedeutet für viele einen Verlust von Tagesstruktur, verbunden mit einer Selbstwertkrise bei fehlenden Sinn- und Wertbezügen. Unsere Aktivitäten zielen darauf, die vorhandenen Ressourcen der Patienten, bezogen auf ihre Leistungsfähigkeit, ihr Durchhaltevermögen, aber auch ihre Misserfolgstoleranz zu verbessern. Daher ist ein zum Teil sehr behutsames, nicht vorverurteilendes Verhalten notwendig. In der Begleitung arbeitstherapeutischer Prozesse wie sie sich in Belastungserprobungen und externen Praktika darstellen, können Resignation, Selbstunterschätzung und Überschätzung ebenso korrigiert werden wie erfolgreiche Entwicklungsschritte angemessen gesichert werden können.

Im einzel- und gruppentherapeutischen Kontext geht es häufig um den Stellenwert der Arbeit als wesentlichen Abstinenzstabilisator. Arbeitslosigkeit trägt zur Aufrechterhaltung der Suchterkrankung bei, ist mit verantwortlich für Depressionen, psychosomatische Krankheitsbilder und Suizidalität (Schmid 2006).

Feste Bestandteile der Therapie sind:

- Individuelle Beratung unter ärztlich-sozialmedizinischen Gesichtspunkten
- Einbezug des Sozialdienstes zur Schaffung von Kontaktbrücken zu Job-Centern und Arbeitsagenturen (Integrationsfachdienst)
- Reha-Beratung (alle 6 Wochen in der Klinik) bei Fragestellungen zur beruflichen Zukunft unter Einbezug der Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
- Durchführung eines Bewerbungstrainings (4 Einheiten á 90 bis 120 Min.) mit Erstellung einer Bewerbungsmappe und eines Kompetenz-Fähigkeitsprofils. Durchführung von Bewerbungsgesprächen im Rollenspiel unter Zuhilfenahme der Video-Feedback-Technik.

Zusätzlich findet einmal pro Monat unter der Leitung des Sozialdienstes eine Gruppe für arbeitslose Patienten statt, die sich mit einzelnen Aspekten der Arbeitslosigkeit beschäftigt:

- Erfahrungen mit Langzeitarbeitslosigkeit
- Frustbewältigung / Tagesstruktur
- Bewerbungserfahrungen
- Qualifizierungsmaßnahmen, Angebote von Jobcentern und Arbeitsagenturen
- Ehrenamtliche Tätigkeit
- Rückfallgefahren durch Arbeitslosigkeit

- Erfahrungen mit Leasingfirmen
- Zum Umgang mit Behörden bei Arbeitslosigkeit
- Stellenwert von Arbeitspraktika und Belastungserprobung während der stationären Reha
- Was leistet eine Adaptionphase?
- *Belastungserprobung und externes Praktikum*  
Mit dem Ziel der Überprüfung des Leistungsvermögens, aber auch zur Überprüfung der sozialmedizinischen Einschätzung (diagnostisches Instrument) werden diese Maßnahmen durchgeführt. Sie verbessern wesentlich das Selbstbild der Patienten und führen zu einer Verbesserung der sozialen Kompetenzen und sind somit sehr hilfreich bei der Klärung beruflicher Ressourcen und Zukunftsplanung. Sie werden über einen Zeitraum von 2 – 6 Wochen durchgeführt bei einer mittleren Arbeitszeit von 20 – 30 Wochenstunden.

Für die Umsetzung der externen Praktika kommen vielfältige Arbeitsfelder in Frage:

- handwerkliche Betriebe (Metall, Holz, Elektro/Elektronik, Gärtnerei, Bauwesen)
- Betriebe der Dienstleistung und Organisation (Behörden, Verwaltung, Banken und Versicherungen)
- Pflege- und Gesundheitsdienste (Altenpflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Behindertenbereiche etc.)
- Produktions- und Kommunikationsbetriebe (Großbetriebe, Druckereien, Reisebranche, Computerdienste etc.)
- Fach-, Einzel- und Großhandelsbetriebe (Lagerverwaltung, Bürotätigkeiten, Dienstleistungen und Verkauf)

Die Auswertung der Maßnahme geschieht mit Hilfe eines standardisierten Beurteilungsbogens.

### **Betriebsgespräche**

Für Patienten, die sich in einer Festanstellung befinden, bieten wir standardisiert Betriebsgespräche an, in denen wir mit dem Arbeitgeber (vertreten durch: Vorgesetzte, Personalleiter, Betriebsrat, Betriebsarzt) zu einem gemeinsamen Gespräch in die Klinik einladen. Zielsetzung ist es dabei, die Rückkehr des Patienten an den Arbeitsplatz bestmöglich zu begleiten. Wechselseitige Ängste bei der Rückkehr des Arbeitnehmers werden dabei thematisiert und es werden bei Bedarf Informationen über Suchterkrankungen vermittelt. Eine Klärung erfolgt bei Konflikten am Arbeitsplatz oder suchtmittelbedingten Arbeitsauffälligkeiten des Patienten. Besprochen werden Fragen zur beruflichen Wiedereingliederung, Abklärung von sozialmedizinischen Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die zukünftige Arbeitsplatzgestaltung.

### **Konventionelles Lerntraining**

Defizite und Einschränkungen, die sich nach den Melba-Kriterien im Bereich Sprachkompetenz, Lesen, Rechnen, Schreiben in der Aufnahme- und Diagnostikphase abbilden lassen, werden verringert. Das Lerntraining kann als Einzel- und Kleingruppenunterricht durchgeführt werden. Es geht individuell auf Lese- und Schreibprobleme des Einzelnen ein mit dem Ziel, durch das schriftliche und mündliche Erarbeiten von Texten, zunehmend eigenständig schriftliche Hausarbeiten umzusetzen, um damit sicherer in der Sprachanwendung zu werden. 2x pro Woche á 60 Minuten in Kleingruppen (2-3 Patienten) mit Hausaufgaben.

### **Computergesteuertes Hirnleistungstraining**

Als einzeltherapeutische Maßnahme ist es für Patienten mit erworbenen hirnorganischen Leistungsstörungen wie Konzentrations-, Merkfähigkeits-, Umstellungs- und Auf-

merksamkeitsstörungen vorgesehen. Das Programm „COGPACK“ ist hierfür sehr geeignet, da gezielt an Defiziten gearbeitet werden kann. Gleichzeitig können Sprache, Logik und Rechenaufgaben trainiert werden. Die Maßnahme findet bis zu drei Mal pro Woche je eine Stunde statt.

### ***Kreative Freizeitgestaltung***

Entsteht in der Diagnostikphase der Eindruck, dass der Stellenwert der Arbeit so hoch angesiedelt war, dass soziale Kontakte rückläufig waren, bis hin zur sozialen Isolation und das Ausmaß der Arbeitstätigkeit im Mittelpunkt des suchtkranken Menschen stand, so dass letztlich eine permanente Verfügbarkeit am Arbeitsplatz bestand, gilt es, mit dem Patienten Voraussetzungen für eine aktive Freizeitgestaltung zu erarbeiten. Für viele muss Freizeit dann erst wieder erlernt werden mit dem Gefühl, etwas mit sich anfangen zu können und soziale Kontakte und Beziehungen aufzubauen. Neben kreativen Tätigkeiten, insbesondere mit den Werkstoffen Holz und Metall, können Patienten im Rahmen der Gartentherapie einen freizeitbezogenen Zugang einer natur- und gartenbezogenen Tätigkeit entdecken.

### ***Arbeitsprojekte***

Eine vorher festgelegte Maßnahme ist in einzel- oder gruppentherapeutischer Verantwortung umzusetzen. In der Umsetzung der Aufgabenstellung können soziale, kognitive und kommunikative Fähigkeiten im Rahmen der Projektarbeit überprüft und verbessert werden. In der Bewertung der Ergebnisse kann eigene Kreativität ebenso berücksichtigt werden wie Arbeitstempo, Planungsfähigkeit, aber auch kommunikative Prozesse.

### ***Beschäftigungstherapie***

Durch die Arbeit mit Farben, Formen und unterschiedlichen Werkmaterialien wie Ton, Glas, Stein, Papier oder Leinwand wird es dem Patienten ermöglicht, neue bzw. lange nicht mehr genutzte kreative Kompetenzen zu entdecken und einzuüben. Die Beschäftigung mit den eigenen kreativen Möglichkeiten fördert gleichzeitig den Zugang zu Gefühlen und Wünschen sowie die Gelegenheit, neue Hobbys zu finden und seine Freizeitkompetenz zu erweitern.

### ***Freistellung von arbeitsbezogenen Maßnahmen***

Nicht nur bei Patienten mit fehlender aktiver Freizeitgestaltung und Flucht in die Arbeit sondern auch bei Patienten, die in den ersten Wochen der stationären Therapie aufgrund geringer Impulskontrolle oder erheblicher Abwehr arbeitsbezogener Maßnahmen keine positive Identifikation mit entsprechenden Maßnahmen sehen, ist eine Freistellung sinnvoll. Durch kreative Maßnahmen und eine Verdichtung des psychotherapeutischen Prozesses gelingt es, eine Vertrauensebene aufzubauen, in der nach einer längeren Eingewöhnungsphase angemessene und wirksame Zielsetzungen auch im Bereich arbeitstherapeutischer Maßnahmen definiert werden können.

### ***Basisprogramm***

Körperliche und kognitive Einschränkungen aber auch gering ausgeprägte soziale Kompetenzen können im Einzelfall ein sehr individuelles Behandlungsprogramm erforderlich machen, in dem es erstrangig darum geht, Maßnahmen der Körperpflege, der Wäschepflege, der Zimmerreinigung für einen strukturierten Tagesablauf zu erarbeiten. Dies kann im Einzelfall in den ersten Wochen der stationären Therapie ganz im Vordergrund stehen.

## **3.7.7 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren**

Sportliche Aktivitäten verbessern die Gesundheit maßgeblich. In vielen Studien wurde nachgewiesen, dass das Herzinfarktisiko um rund 25 % abnimmt, wenn man durch körperlich-

sportliche Aktivitäten von lediglich 2 Stunden pro Woche Ausdauersport betreibt (Bös 2004). So konnte in der 2012 veröffentlichten "Copenhagen City Heart Study" nachgewiesen werden, dass sich die Lebenserwartung bei Personen, die 60 bis 150 Minuten Ausdauertraining pro Woche absolvierten, um durchschnittlich 6 Jahre verlängerte. Daneben gibt es weitere Studien, in der ein positiver Effekt von Sport auf die Psyche nachgewiesen wurde (vgl. Hänssel 2007).

Viele Patienten haben aufgrund ihrer Suchterkrankung unterschiedliche, teilweise erhebliche Defizite in den geistigen, sozialen und körperlichen Funktionen erlitten. Um den unterschiedlichen Voraussetzungen der Patienten gerecht zu werden, gibt es eine Vielzahl an sporttherapeutischen Angeboten. Im Beratungsgespräch mit dem Sporttherapeuten, einem Diplom-Sportwissenschaftler, werden die persönlichen Ziele, Wünsche und vorhandenen Funktionsressourcen abgeklärt und anschließend gemeinsam die einzelnen Maßnahmen festgelegt.

So können zum Beispiel ältere Patienten über Wassergymnastik für Einsteiger gelenkschonend eine Mobilisierung und Kräftigung der Gelenke erreichen und zusätzlich mit einem individuellen Aufbautraining auf dem Fahrradergometer ihre Ausdauer trainieren, ohne sich dabei zu überfordern.

In der Umsetzung sporttherapeutischer Maßnahmen sind folgende Zielsetzungen vorgesehen:

- Verbesserung der Leistungsfähigkeit, die sich insbesondere im Stütz- und Bewegungsapparat darstellt
- Verbesserung der Ausdauer
- Stabilisierung des Herz-Kreislauf-Systems
- Stärkung des Immunsystems
- Positive Beeinflussung der Psyche
- Verbesserung des Selbstbewusstseins
- Hilfestellung beim Stressabbau
- Hilfestellung zur aktiven Freizeitgestaltung
- Überleitung der sportlichen Aktivitäten in den häuslichen Alltag

Folgende Maßnahmen werden angeboten:

#### ***Gymnastikgruppe für Einsteiger/ Fortgeschrittene***

Neben Stretching und Dehnungsübungen werden Übungen zum Ausdauertraining umgesetzt. In der Erarbeitung eines Autotraining liegt für die Patienten die Möglichkeit, entsprechende Übungen auch außerhalb der angeleiteten Gymnastik selbständig weiter zu führen. Die Gruppe findet je zweimal pro Woche statt und dauert 45 Minuten.

#### ***Nordic-Walking-Gruppe***

Nordic-Walking ist der optimale Ausdauersport, der kaum Verletzungs- und Überlastungsrisiken birgt. Da es wenig Kontraindikationen gibt, können Übergewichtige genauso teilnehmen wie z.B. Patienten mit orthopädischen Folgeerkrankungen, wenn das normale Gehen ohne wesentliche Einschränkungen möglich ist. Im Erlernen der richtigen Technik liegt der Zugang zum optimalen Ganzkörpersport. Bei der Zuhilfenahme der Nordic-Walking-Technik ist auch der gesamte Schultergürtel integriert, so dass Störungen der Bewegungsabläufe in den Schultergelenken durch diese Sportart ebenfalls günstig beeinflusst werden können. Die Gruppe findet zweimal pro Woche über je eine Stunde statt.

#### ***Laufgruppe für Anfänger***

Das sogenannte sanfte Lauftraining beinhaltet den Aufbau eines Lauftrainings, in dem nicht die Leistung und Zeit entscheidend sind. Vielmehr geht es darum, im Wechsel zwischen einem langsamen Lauftraining, der sich im aeroben Bereich abspielt, Voraussetzungen für eine zunehmende Kondition, ein verbessertes Körpergefühl und damit auch eine verbesserte Leistungsbereitschaft zu erarbeiten. Atemübungen, Ruhephasen, verbunden mit Dehnungsübungen stellen ein Trainingsprogramm dar, das die Patienten in

der Freizeit auch selbständig umsetzen können. Die Gruppe findet zweimal pro Woche statt und dauert 60 Minuten.

#### ***Laufgruppe für Fortgeschrittene***

In Anlehnung an die Laufgruppe für Anfänger erlaubt ein verbesserter Trainingszustand die Teilnahme an dieser Laufgruppe, bei der ebenfalls ein weiterer Ausbau von Kondition, verbunden mit bewusstem Körpergefühl und verbesserter Leistungsfähigkeit die Zielsetzung ist. Auch diese Maßnahme findet zweimal pro Woche über 60 Minuten statt.

#### ***Fitnessstraining in der Kleingruppe***

Patienten mit Bewegungseinschränkungen im Sinne von orthopädischen und neurologischen Folgeerkrankungen erhalten in dieser Gruppe ein individuelles Fitnessstraining in unserem Fitnessraum. Unter Einbezug der zur Verfügung stehenden Fitnessgeräte wird ein individueller Behandlungsplan aufgebaut und entsprechend der Leistungsfähigkeit und Kondition allmählich ergänzt und erweitert. Diese Gruppe besteht aus maximal vier Patienten und wird dreimal pro Woche für 45 Minuten angeboten.

#### ***Mannschaftssport***

In der Umsetzung von Mannschaftssportarten wird insbesondere das Faustballspiel in der Turnhalle oder auf einem Platz im Freien gepflegt. In der unter Anleitung stattfindenden Gruppe werden Geschicklichkeit aber auch Wurf- und Blocktechniken ebenso vermittelt wie Freude am Mannschaftsspiel. Die Maßnahme findet zweimal pro Woche statt und dauert 60 Minuten

#### ***Wassergymnastik Einsteiger/ Fortgeschrittene***

Mit Hilfe der Wassergymnastik können eine Mobilisierung und Schmerzreduktion der Gelenke bei degenerativen Veränderungen des Skeletapparates, ganzheitliches Körpererleben und Verbesserung der Körperwahrnehmung trainiert werden. Die Maßnahme findet dreimal in der Woche statt und dauert 30 Minuten.

Die Maßnahmen der Sporttherapie werden durch die Angebote der Physiotherapie ergänzt. Im Kernbereich stehen die krankengymnastischen Einzelbehandlung und die Wirbelsäulengymnastik.

Allgemeine Zielsetzung ist eine Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit, aber auch eine positive Körperwahrnehmung und eine positive Körpererfahrung. Letztlich zielen die Maßnahmen alle darauf ab, Anregung für eine selbständige Durchführung von Sportmaßnahmen in der Freizeit zu geben.

### **3.7.8 Freizeitangebote**

Der Aufbau einer aktiven, befriedigenden Freizeitgestaltung ist ein wichtiges Therapieelement in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Eine sinnvolle Freizeitgestaltung ist oft mit entscheidend für die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Sie stellt einerseits einen Ausgleich zur Arbeitswelt dar und andererseits wird hierdurch der suchtmittelfreie Raum befriedigend, ausfüllend erlebt. Patienten erfahren hierdurch eine direkte (suchtmittelfreie) Einflussnahme auf ihre Befindlichkeit und können ein positives Selbstwertgefühl entwickeln. Im Ausüben einer gemeinsamen Freizeitaktivität können die Kontaktfähigkeit und die soziale Kompetenz gefördert werden.

Neben der Beschäftigungs- und Kreativtherapie und dem Sportprogramm, in dem die Patienten Anregungen und eine Anleitung für ihre Freizeitgestaltung bekommen, stehen in der Klinik vielfältige Möglichkeiten zur Verfügung (z.B. Billard, Dart, Tischtennis, Tischfußball, Boule, Schach, Fitnessbereich, Hallenbad, Sauna). Therapeuten begleiten die Patienten bei der Organisation von Turnieren (z.B. Skat, Billard), beim Ausführen von Mannschaftsspielen

(z.B. Volleyball) oder der Gestaltung eines Grillabends bzw. Gruppenkochens. Die Klinik stellt Fahrräder zur Verfügung, die im Patientenausgang genutzt werden können. Der kulturbeauftragte Mitarbeiter unterstützt die Patienten bei der Organisation von Kulturveranstaltungen oder Museumsbesuchen. In der therapiefreien Zeit haben die Patienten somit auch die Möglichkeit, kulturellen Aktivitäten außerhalb der Klinik nachzugehen. Die Kompetenz für die Durchführung einer befriedigenden Freizeitgestaltung wird somit auf unterschiedlichen Ebenen gefördert.

### **3.7.9 Sozialdienst**

Durch Veränderungen und Verschärfungen im sozialpolitischen und arbeitsmarktpolitischen Bereich unserer Gesellschaft haben auch die sozialen Ursachen süchtigen Verhaltens deutlich zugenommen. Arbeitslosigkeit und Schuldenbelastung stellen existentielle Probleme für die einzelne Person und ihr familiäres Umfeld dar.

Der Sozialdienst nimmt im gemeinsam mit psychotherapeutischen, medizinischen und arbeitstherapeutischen Maßnahmen den Patienten in seinem familiären, beruflichen und finanziellen Umfeld in den Blick mit dem Ziel der Verbesserung oder Stabilisierung seiner sozialen Bedingungen und Handlungskompetenzen.

Er hat das Ziel:

- den Patienten in der Anfangsphase seiner Therapie in akuten sozialen und finanziellen Krisen aufzufangen, um ein Einlassen auf die Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zu ermöglichen
- zum Abbau sozialer Ursachenfaktoren süchtigen Verhaltens beizutragen
- den Therapieerfolg sichern zu helfen.

Die Mitarbeiterin des Sozialdienstes arbeitet sozialarbeiterisch/sozialpädagogisch im Sinne klassischer Einzelfallhilfe und berücksichtigt dabei den Grundsatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“. Sie bietet Hilfe an im Erkennen von Defiziten, verstärkt vorhandene bzw. verschüttete Kompetenzen, erarbeitet gemeinsam mit dem Patienten Schritte zur Lösung von Problemen und begleitet ihn bei deren Umsetzung.

Beratungsschwerpunkte des Sozialdienstes liegen in folgenden Bereichen:

- Hilfestellung bei der Lösung von Arbeitsplatzproblemen/Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess
- Vermittlung und Kontakt zur Reha-Beraterin des Rentenversicherungsträgers
- Ordnung der finanziellen Verhältnisse: Auflistung von Schulden, Aufzeigen von Schritten zur Lösung oder Vermittlung zur Schuldnerberatungsstelle
- Klärung von sozialrechtlichen Fragen und Ansprüchen (Arbeitslosengeld 1 und 2, Übergangsgeld, Wohngeld, Unterhaltsansprüche, Beratungshilfeschein u.a.)
- Einleitung von Verfahren zur gesetzlichen Betreuung
- Unterstützung beim Antragsverfahren beim Versorgungsamt zur Erlangung eines Schwerbehindertenausweises (GdB)
- Vermittlung und Antragsverfahren in „Betreutes Wohnen“ oder Nachsorgeeinrichtungen
- Informationen zur Wiedererlangung des Führerscheins bei Verlust durch Alkohol oder Drogen (Gruppengespräch und Einzelberatung)
- Klärung von Möglichkeiten für qualifizierende Maßnahmen (SGB II + III).

### **3.7.10 Gesundheitstraining und Ernährung**

Schulungsprogramme zu gesundheitsbezogenen Themen haben in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker einen hohen Stellenwert (DRV Bund 2007). Die in der Klinik umgesetzten Schulungs- und Informationsveranstaltungen haben in den ersten Wochen der Therapie ei-



nen eher allgemeinen Charakter, so dass sie alle Patienten erreichen. Je nach Indikationsstellung werden dann einzelne Bereiche weiter vertieft, so z.B. die krankheitsspezifischen Programme, wie sie z.B. bei Patienten mit Adipositas, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus erforderlich sind. Je nach Inhalt und Schwerpunkt werden die Schulungsprogramme in Kleingruppen bis zu sechs Personen durchgeführt. Auch Gesundheitsvorträge werden angeboten (bis zu 18 Patienten). Hier wird darauf geachtet, dass diese nicht als reiner Vortragsstil durchgeführt wird, sondern in der direkten Interaktion mit den Patienten auch deren konkrete Fragen und Themen Platz finden; teilweise findet auch Kleingruppenarbeit statt.

Seit vielen Jahren verfügt die Klinik Schloß Falkenhof über eine eigene Lehrküche für Patienten. Neben dem in den 90er Jahren bestehenden Anspruch, den Patienten unter soziotherapeutischen Gesichtspunkten gemeinsames Kochen zu vermitteln, um so Voraussetzungen für eine gesündere Ernährung zu erzielen, haben sich die Programme in den letzten Jahren immer mehr ausdifferenziert. So können mit der Einstellung der Diätassistentin und Ernährungsberaterin Patienten mit Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus neben der Theorieschulung konkrete Anleitungen zu einer gesünderen und ausgewogeneren Ernährung im Rahmen spezifischer Kochkurse erhalten.

Die während der stationären Rehabilitation vorgehaltenen Angebote sind dabei so gestaltet, dass sie zu einer Nachhaltigkeit bei dem Patienten führen. Sie halten sich sehr konkret an die Alltagsbedingungen der Patienten, integrieren auch Informationsdefizite, Widerstände, fehlende finanzielle Ressourcen in die Diskussion. Damit der Transfer in das häusliche Milieu gelingt ist es sinnvoll, schon während der Rehabilitation Patienten anzuhalten, entsprechende Umsetzungsschritte durchzuführen.

Für den Bereich Gesundheitstraining ist ein Team in der Klinik verantwortlich. Es besteht aus Mitarbeitern des Pflegedienstes, dem medizinischen Bademeister, der Diätassistentin, einem Bezugstherapeuten und Ärzten.

Die Gesundheitsvorträge und Maßnahmen werden in den ersten vier Behandlungswochen durchgeführt. Sie beinhalten im Einzelnen:

- Basistraining zu Körperpflege und Hygiene, dem Umgang mit Medikamenten, einer gesunden Tagesstruktur und speziellen Abläufen in der Klinik „Schloß Falkenhof“ (2x 60 Min., Pflegedienst)
- Grundlagen der physikalischen Therapie, der Behandlungsmaßnahmen und Einführung in die Saunaabläufe (45 Min., med. Bademeister)
- Sport und Gesundheit, welche Angebote hält die Klinik „Schloß Falkenhof“ vor, wie funktionieren die Abläufe (45 Min., Sporttherapeut)
- Körperliche und psychische Folgeerkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten (75 Min., ärztl. Dienst)
- Infektionskrankheiten, Behandlungsmöglichkeiten (60 Min., ärztl. Dienst)
- Gesundes Leben, welche individuellen Programme hält die Klinik „Schloß Falkenhof“ vor, und Suchterkrankungen, worauf ist zu achten? (90 Min., ärztl. Dienst)
- Gesunde Ernährung, Angebote und Möglichkeiten in der Klinik „Schloß Falkenhof“ (90 Min., Diätassistentin)
- Indikationsgeleitete Maßnahme bei Übergewicht (90 Min. Theorie, anschließend 4x3 Std. Lehrküche, Diätassistentin)
- Diabetes mellitus, worauf gilt es zu achten? (Einzelberatung, externes Schulungsprogramm, Beratung in der Klinik „Schloß Falkenhof“, praktische Umsetzung in der Lehrküche über 3 Std., Facharzt für innere Medizin / Diabetologie und Diätassistentin)
- Fettstoffwechselstörung – was tun? (60 Min., Kleingruppe, Diätassistentin)

- Einzelberatung bei spezifischen Erkrankungen des Pankreas, der Leber, Hyperurikämie, Lactoseintoleranz und anderen Stoffwechselstörungen (15-30 Min., mehrfach bei Bedarf, Diätassistentin)
- Heilfasten (2x pro Jahr über 7-10 Tage, Diätassistentin, ärztl. Dienst)

### **3.7.11 Soziales Umfeld – Angehörigenarbeit**

Zentrales Anliegen unserer Angehörigenarbeit ist der Aufbau eines intakten familiären bzw. sozialen Umfeldes, da diese ein wesentlicher Prognosefaktor für ein abstinentes Leben ist.

Vom den Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung ist nicht nur der Patient selbst, sondern sind auch seine Angehörigen betroffen. Das „familiäre Klima“ besteht bei fortgeschrittenen Suchtprozessen häufig aus einem Bündel von dysfunktionalen Verhaltensmustern, die letztlich unbewusst die Suchtpathologie aufrecht erhalten. Erfahrungsgemäß lässt sich daher mit einer therapeutischen Arbeit, allein mit den Betroffenen, nur sehr begrenzt auf sein privates Umfeld Einfluss nehmen. Ziel einer modernen Suchtbehandlung müssen deshalb auch Hilfsangebote für das unmittelbare soziale Umfeld des Patienten sein. Schon am Aufnahmetag wird versucht, Angehörige in das Gespräch und das Aufnahme ritual mit einzubeziehen, um sie für die weitere Behandlung zu gewinnen. Bei dieser Gelegenheit kann eine erste Problemdefinition mit allen Beteiligten erfolgen. Außerdem ist die Vermittlung des Therapieansatzes besser möglich wenn es gelingt, bereits in dieser Phase Kontakt zu Angehörigen aufzunehmen. In der weiteren Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des unmittelbaren sozialen Umfeldes des Patienten werden die unterschiedlichen Erwartungen und interaktionellen Beziehungsmuster offen gelegt, Rolleninhalte und Rollenzuschreibungen reflektiert, um schließlich die Voraussetzungen für eine offene und tragfähige Beziehung zu entwickeln. Regelmäßig versuchen wir, die Ehefrau bzw. Lebenspartnerin in Form von Paargesprächen in die Therapie zu integrieren. Dabei zeigt sich, ob auch Bedarf besteht, die Kinder in die Behandlung mit einzubeziehen. Ergänzend können die Kinder an einem Vater – Sohn bzw. Tochter – Begegnungswochenende teilnehmen. Das Kind übernachtet gemeinsam mit seinem Vater in der Klinik und nimmt an den Mahlzeiten teil. Die Begegnung wird mit dem Bezugstherapeuten hinsichtlich der Aufgabenstellungen und Aktivitäten vor- und nachbesprochen. Zielsetzung ist es, den Kontakt zwischen Vater und Kind zu fördern und dem Kind einen Einblick in die Behandlung seines Vaters zu ermöglichen.

Insbesondere bei jüngeren Patienten besteht häufig die Indikation, die Eltern zu Familiengesprächen einzuladen mit dem Ziel der Konflikt- und Beziehungsklärung und der Planung weiterer Entwicklungsschritte nach der Therapie. Ebenso gehen wir in Angehörigengesprächen auf Geschwister oder andere wichtige Bezugspersonen zu, wenn diese als Ressource gewonnen werden können.

Regelmäßig findet in der Klinik ein mehrtägiges Partnerseminar mit maximal sechs Paaren statt. Zur Förderung der Teilnahmebereitschaft erhält jede Partnerin ein Einladungsschreiben, in dem sie über die Sinnhaftigkeit, Inhalte und Zielsetzungen des Seminars informiert wird. Im psychoedukativen Teil des Seminars (Berger et al, 2004) geht es um die Vermittlung von psychologischen und medizinischen Krankheitsinformationen mit der Zielsetzung der Entstigmatisierung, dem Aufbau eines Krankheitsverständnisses und Krankheitsmodells sowie die Motivierung für nachstationären Therapiemaßnahmen. Ein zentrales Thema ist die Angst vor einem Rückfall, ein weiteres dessen konstruktive Bewältigung. Im therapeutischen Teil des Seminars beschäftigt sich die Gruppe intensiv mit den Themenstellungen, die sich aus den jeweiligen Partner- und Familiensituationen der Teilnehmer ergeben. Dabei wird erarbeitet, inwieweit dysfunktionale Kommunikations- und Interaktionsmuster das Suchtverhalten begünstigen und welche Auswirkungen die Sucht auf die Beziehung hatte. Durch gezielte Interventionen werden Lösungsstrategien im Umgang mit Problemsituationen entwi-

ckelt. Differenzierte Partnerübungen fördern den Wiederaufbau eines gegenseitigen positiven Erlebens und tragen wesentlich zur Förderung der Beziehungsfähigkeit bei.

### **3.7.12 Rückfallmanagement**

In der Frage der Definition und Zieldimension rückfallpräventiver Maßnahmen muss die primäre und die sekundäre Rückfallprävention unterschieden werden (Lauer, 1996).

Das Ziel der primären Rückfallprävention ist die Aufrechterhaltung der Abstinenz, wobei in der stationären Therapie gerne über die Entwicklung von der kognitiven Abstinenzabsicht zur emotionalen Abstinenzfähigkeit gesprochen wird. Dies bedeutet, dass zu Beginn der Therapie für viele Patienten eine spezifische Absicht, bezogen auf das Weglassen des Suchtmittels besteht, ohne dass bereits differenzierte Veränderungen oder alternative Copingstrategien aufgebaut wurden. Bezogen auf die emotionale Abstinenzfähigkeit wird dem Patienten zu vermittelt, dass aus einer gewachsenen Abstinenz eine ausgeprägte Selbstwirksamkeit, verbunden mit einem hohen Selbstwertgefühl, entsteht. Es ist für den Betroffenen dann in der Regel ein ausdrücklicher Wunsch, dies aufrecht zu erhalten und ggf. andere Bedürfnisse unter zu ordnen.

Bei der Frage der sekundären Rückfallprävention steht die Wiederherstellung der Abstinenzfähigkeit in Vordergrund. Hier sind demnach Maßnahmen notwendig, die bei bereits eingetretenen Rückfällen den Verlauf mindern, die Dauer verkürzen, die Offenheit und Transparenz des Betroffenen fördern. In diesem Zusammenhang ist der kognitiv-lerntheoretische Ansatz von Marlatt (1995) hervorzuheben. Er geht davon aus, dass die Bewältigung von Hochrisikosituationen letztlich eine gestiegene Selbstwirksamkeitserwartung beinhaltet und damit die Rückfallwahrscheinlichkeit sinken lässt. Im Kernbereich der stationären Therapie geht es daher um die Wahrnehmung einzelner spezifischer Bedingungsfaktoren, die Rückfälligkeit auslösen können.

In der Therapiegruppe, den Indikationsgruppen, Einzelgesprächen ist die Frage der Bedingungsfaktoren für rückfälliges Verhalten allgegenwärtig. In der Vorbereitung auf Heimfahrten werden differenziert Risikosituationen antizipiert, ggf. im Rollenspiel dargestellt, um gemeinsam alternative Bewältigungsstrategien aufzubauen. Belastende familiäre Konflikte, die „Triggerfunktion“ des alten Freundeskreises, werden ebenso dargestellt wie Lösungswege aufgezeichnet werden.

So sind die Interventionsstrategien und -programme darauf ausgerichtet, Maßnahmen zur Verbesserung der Bewältigungskompetenz, der besseren Identifizierung von Rückfallsituationen und Rückfallrisiken mit dem Patienten zu entwickeln. Darüber hinaus aber auch eine Balance des Lebensstils mit einem höheren Selbstwertgefühl und einer wesentlich höheren Selbstwirksamkeit des eigenen Handelns im Sinne der Selbstverantwortung und Selbstgestaltung aufzubauen.

Im Aufbau alternativer Bewältigungsstrategien, aber auch im Aufbau einer Entwicklung zur Selbstachtung, verbunden mit Genussfähigkeit und Beziehungsfähigkeit liegen die wesentlichen Voraussetzungen für eine stabile Abstinenzfähigkeit. Aus neurobiologischer Sicht bedeutet dies letztlich dem Belohnungssystem ausreichend Alternativen anbieten zu können, so dass das Suchtmittel immer mehr in den Hintergrund gedrängt werden kann.

In der Definition eines Suchtmittelrückfalls gibt es erhebliche graduelle Unterschiede. Wir können unterscheiden zwischen einem schweren Rückfall, einem Ausrutscher, einem trockenen Rückfall oder einem Verhaltensrückfall.

In der Bewältigung einer Suchtmittelabhängigkeit ist der Rückfall eher Bestandteil einer nachvollziehbaren Entwicklung und kann insgesamt ausstiegsorientiert sein, so dass rückfälliges Verhalten aus therapeutischer Sicht weder moralisierend noch defizitorientiert bewertet werden sollte. Im Rückfall als Ressource ist ein konstruktiver Beitrag zur aktiven gemeinsamen Beziehungsgestaltung und Problemlösung zu sehen (Körkel, 1991/1998).

In den Informationsveranstaltungen und Gesundheitstrainings der Aufnahmephase werden die Patienten über wesentliche Aspekte neurobiologischer Entwicklungen, insbesondere bezogen auf das Belohnungssystem und auf das Suchtgedächtnis, informiert. Bei Thematisierung einer möglichen Suchtverlagerung werden drogenabhängige Patienten mit der von uns erwarteten Achtsamkeit im Umgang mit alkoholischen Getränken (Abstinenzforderung) ebenso konfrontiert, wie der gelegentliche Beikonsum von Cannabis bei alkoholabhängigen Patienten im Sinne der Cannabisabstinenz problematisiert wird. Unsere Grundhaltung im Umgang mit suchtkranken Patienten bedeutet, dass alle Patienten lernen sollten, Alkohol in jeder Form zu vermeiden. In der Achtsamkeit im Umgang mit spezifischen Medikamenten oder dem sog. alkoholfreiem Bier vermitteln wir Hintergrundwissen. Auch bezogen auf Alkohol in Speisen wird von den Patienten eine kritische Auseinandersetzung und Ablehnung erwartet. Im therapeutischen Vorgehen werden Rollenspiele, aber auch verhaltenstherapeutische und systemische Vorgehensweisen eingesetzt.

In der Frage des Umgangs mit Suchtmittelrückfällen im stationären Kontext sind einige Prämissen unabdingbar:

- Die Erarbeitung eines allgemeinen Rückfallbehandlungskonzeptes, das von allen therapeutischen Mitarbeitern der Einrichtung getragen und für gut befunden wird. Dies ist ein fortlaufender Prozess, bei dem neben der hohen Fachlichkeit auch Kontextfaktoren, Konsummuster und Erfahrungswerte der Mitarbeiter im Zentrum stehen müssen.
- Ein transparentes und für alle Mitarbeiter und Patienten nachvollziehbares Kontrollsystem.
- Ein Klima ohne Moralisierung und Defizitorientierung.
- Einen Rahmen, in dem es den Patienten gelingt, eigenes rückfälliges Verhalten zu problematisieren.
- Einen Dialog, in dem Mitpatienten unterstützend bei der Bewältigung rückfälligen Verhaltens zur Seite stehen.
- Eine Transparenz, in der die Mitpatienten der Therapiegruppe notwendige Vereinbarungen und Auflagen erfahren können.

In der Definition des Rückfalls als Teil der Therapie liegt die Chance, bisher ausgesparte Themen und Inhalte wesentlich intensiver zu bearbeiten. Erfahrungsgemäß liegt im Einbeziehen strategisch wichtiger Bezugspersonen (Ehefrauen, Geschwister, Kinder, Eltern) die Möglichkeit, auch diese mit eigenem, häufig co-abhängigen Verhalten in positiver Weise einzubeziehen, um Veränderungsprozesse zu initiieren.

Kommt es zum Suchtmittelrückfall in der Einrichtung, bei dem auch Mitpatienten in das Konsumgeschehen involviert sind, führt dies häufig zur vorzeitigen Entlassung aus der Therapie, aber immer mit Hilfestellungen zum weiteren Verbleib und der Frage der weiterführenden Unterstützung im Sinne der Nachsorge. Auch die Bedingungen zur Wiederaufnahme zur erneuten stationären Therapie werden unter diesen Umständen grundsätzlich besprochen, wobei in diesem Rahmen in der Regel ein Vorgespräch mit dem ärztlichen Leiter vereinbart wird.

Die Kontrollsysteme der Klinik beziehen die üblichen Screeningverfahren (Alkoholtest der Atemluft, Ethylglucuronid im Urin, Drogenscreening im Urin) regelmäßig mit ein. Kommt es zu einem Suchtmittelrückfall, wird die Therapie sofort „angehalten“, das heißt, die Klärung des Kontextes hat absoluten Vorrang vor der normalen Fortsetzung des Therapieprogramms.

In dieser „kritischen“ Situation ist zu klären:

- Ist eine Krisenintervention und Kurzentgiftung in einem psychiatrischen Krankenhaus notwendig?

- Welche weiteren medizinischen Maßnahmen müssen sofort umgesetzt werden?
- Falls ein Verbleib in der Klinik möglich ist: bei Alkoholorückfall eine stündliche Alkotestkontrolle, um den Alkoholabbau nachzuweisen.
- Regelmäßig wird der Patient aufgefordert, am Folgetag ein Rückfallprotokoll anzufertigen und sich mit einigen Patienten aus seiner Therapiegruppe zu besprechen.

Weitere Maßnahmen und Einschätzungen ergeben sich dann aus der Diskussion mit dem Patienten und dem therapeutischen Team nach Analyse des Rückfalls und der zu entwickelnden Strategien. Sie beinhalten:

- Eine Verbesserung der Selbstkontrolle mit dem Erleben verschiedener Selbstkontrolltechniken (Lauer, 1996).
- Expositions- und Ablehnungstraining.
- Einbeziehen von Angehörigen.
- Differenziertes Problemlösungstraining und Verbesserung der sozialen Kompetenzen.
- Adaption der Therapieziele bezogen auf das Rückfallereignis.
- Festlegung der weiteren stationären Therapiezeit.

### **3.7.13 Klinikseelsorge**

Die Klinik „Schloß Falkenhof“ steht jedem Patienten offen, unabhängig von seiner Religionszugehörigkeit, Weltanschauung oder sexueller Identität. Die Beschäftigung des einzelnen Patienten während der Therapie mit sich selbst, seiner Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft führt ihn häufig zwangsläufig zu einer inneren Auseinandersetzung mit eigenen Sinnfragen und Werten und damit auch zu der Grundfrage der eigenen Religiosität. Schuld- und Schamgefühle durch das Erleben von Fehlern, Schwächen und Versagen über viele Jahre hinweg begleiten einen Großteil der Patienten und stellen oft zusätzliche Belastungen dar. Auf Wunsch begleitet der Klinikseelsorger diese Themen intensiv mit Patienten.

In persönlichen Begegnungen, Gottesdiensten in der Gemeinde, Einzel- und Gruppengesprächen und Meditationsfeiern in der Entlassphase leistet der Klinikseelsorger wesentliche Hilfestellung zur Sinnfindung und persönlichen Neuorientierung aus christlichem Glauben und Denken.

Unsere Hauskapelle bietet den Patienten Möglichkeiten zur Meditation, Besinnung und stillem Gebet. Nach etwa zwei Wochen lädt der Klinikseelsorger die aufgenommenen Patienten zu einem ersten Kennenlerngespräch ein. Bei dieser Gelegenheit wird das Angebot weiterführender Einzelgespräche gemacht. Weiterhin steht der Klinikseelsorger auch Ehemaligen, Angehörigen und dem Klinikpersonal für Gespräche und Beratung zur Verfügung.

### **3.7.14 Überleitung / Vorbereitung nachstationärer Versorgung**

Die konsequente Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen verbessert die Abstinenzprognose. Dementsprechend ist die Information, Motivierung und Überleitung der Patienten in nachstationäre Behandlungsangebote eine wichtige Zielsetzung für einen gelungenen Therapieabschluss. In der zweiten Hälfte der Behandlung nimmt der Bezugstherapeut Kontakt zur zuständigen Suchtberatungsstelle auf, gibt eine Rückmeldung über den Behandlungsverlauf und Ergebnis und bespricht die Möglichkeiten der Nachsorge. Parallel hierzu ist der Patient gefordert, ebenso mit seiner Beratungsstelle in Kontakt zu treten und sich über Behandlungsangebote zu informieren. Anschließend wird eine Entscheidung über die Art der Nachsorge getroffen und bei Bedarf Anträge auf Kostengenehmigung gestellt. Ergibt sich die Notwendigkeit für die Fortführung der Therapie im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation ist es obligat, dass der Patient während der Therapie seine weiterbehandelnde Suchtbera-

tungsstelle persönlich aufsucht. Daneben ist er angehalten, in den letzten Wochen seiner Behandlung Kontakt zu (s)einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen.

Bei vielen Patienten bestehen am Ende der Behandlung weitere psychische, soziale oder körperliche Probleme, so dass eine Indikation für darüber hinausgehende Maßnahmen besteht, wie z.B. Adaptionsbehandlung, betreutes Wohnen, fachärztliche Behandlung oder Psychotherapie. Dies wird bis zur Entlassung eines Patienten geklärt, um möglichst eine nahtlose Weiterbetreuung zu gewährleisten. Bei Bedarf finden mit den Nachbehandlern Übergabegespräche statt.

#### **4. Kooperationspartner**

##### **4.1 Netzwerke und Verbände**

###### *Suchtkrankenhilfe im Caritasverband Darmstadt e.V.*

Der Träger der Klinik „Schloß Falkenhof“ betreibt neben der stationären Rehaklinik eine ganztägig ambulante Einrichtung, eine Adaptionseinrichtung sowie vier Fachambulanzen in den Gebietskörperschaften Darmstadt, Darmstadt-Dieburg, Kreis Bergstraße und Odenwaldkreis. Die Verantwortlichkeit für die Einrichtungen ist zentralisiert, so dass ein gemeinsames Konzept sichergestellt ist.

###### *Suchhilfeverbund der Caritasverbände in Hessen*

In dem Verbund haben sich alle ambulanten und stationären Einrichtungen der Caritas-Suchtkrankenhilfe in Hessen zu einer verbindlichen Zusammenarbeit verpflichtet. Der Kooperationsvertrag wurde unter den 7 Caritasverbänden in Hessen mit Genehmigung der drei Bistümer Limburg, Fulda und Mainz geschlossen. Das Ziel ist eine reibungsarme Vorbereitung, Durchführung und Kombination von Behandlungsverläufen bei gemeinsamen Patienten. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Nahtstellen gelegt.

###### *Verbund mit den Caritasberatungsstellen in Unterfranken*

Aufgrund von langjähriger Kooperation und der regionalen Nachbarschaft bestehen verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen der Klinik „Schloß Falkenhof“ und den Beratungsstellen Aschaffenburg, Lohr und Miltenberg. Regelmäßige gemeinsame Nachsorgegruppen sichern den Behandlungserfolg auch nach Abschluss der Rehabilitation.

###### *Verbund mit Beratungsstellen der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu)*

Nach der Fusion der Arbeitsgemeinschaft katholischer Fachkrankenhäuser für Suchtkranke (AKF) und des Verbandes Ambulanter Beratungsstellen für Suchtkranke e.V. (VABS) zur CaSu e.V. stehen wir in enger Kooperation mit Beratungsstellen über die Region hinaus.

###### *AG Sucht Bergstraße*

In der Arbeitsgemeinschaft Sucht Bergstraße sind alle Institutionen, die sich mit Suchtkranken beschäftigen vertreten. Dieser Verbund stellt eine intensive Kooperation und einen regelmäßigen Austausch des Netzwerkes Psychiatrie, Fachambulanzen und Klinik „Schloß Falkenhof“ dar.

###### *Kommunaler Präventionsrat Darmstadt (KPRD)*

Im KPRD sind alle Institutionen in Darmstadt, die sich mit Suchtkranken beschäftigen, vertreten. Neben der betrieblichen Suchtprävention wird ein Austausch mit dem Suchthilfezentrum, der Tagesklinik „Am Birkenweg“ und der Klinik „Schloß Falkenhof“ gepflegt.

## 4.2 Selbsthilfe und Förderkreis

Die **Selbsthilfe** betrachten wir als eigenständige Säule in der Suchtkrankenhilfe. Die Mitglieder und ehrenamtlichen Helfer motivieren durch die eigene Abstinenz, Wege in ein suchtmittelfreies Leben. Mit den Verbänden der Selbsthilfe arbeiten wir vor, während und nach der Rehabilitation eng zusammen. Während der Behandlung finden 14-tägig Informationsveranstaltungen abwechselnd mit Vertretern von Kreuzbund, Blaues Kreuz, Guttempler, AA, Alkohol und Sucht-Selbsthilfe (ASS) statt. Zu den Treffen werden Patienten der Klinik namentlich eingeladen. Die Teilnahme ist verbindlich und wird anhand einer Anwesenheitsliste von der Klinik nachträglich überprüft. Durch diese Veranstaltungen werden Patienten bereits während der Therapie mit den Chancen der Selbsthilfe vertraut gemacht.

Zusätzlich zu diesen verpflichtenden Informationsveranstaltungen bietet die Selbsthilfe alle 6-8 Wochen einen Bowling-Abend an. Interessierte Patienten können daran teilnehmen und werden von den Ehrenamtlichen der Selbsthilfe in der Klinik abgeholt und wieder zurückgebracht. In der Regel sind ebenso viele Ehrenamtliche wie Patienten bei den Treffen, so dass ein intensiver Austausch erfolgen kann. Ein vergleichbares Angebot findet seit 2012 auch für Patienten unter 30 Jahren in einem Kletterpark statt.

Als weitere Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit der Selbsthilfe während der Therapie betrachten wir die Spaziergänge an Sonntagen und Feiertagen, zu denen wir insbesondere neue Patienten in den ersten Wochen der Therapie einladen. Die Ehrenamtlichen Helfer, die diese Spaziergänge durchführen sind selbst Ehemalige, die in der Selbsthilfe aktiv sind.

Im Bereich der Nachsorge legen wir Wert darauf, dass Patienten bereits während der Therapie Anschluss an eine Selbsthilfegruppe in ihrer Heimat finden um dann nahtlos im Rahmen der Nachsorge nach der Behandlung die Gruppe besuchen können.

Die Organisationen der Selbsthilfe führen in der Klinik „Schloß Falkenhof“ regelmäßig Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen zu ihrer eigenen Qualifikation durch. Hier entstehen wichtige Kontakte zwischen den ehrenamtlichen und hauptamtlichen Akteuren der Suchtkrankenhilfe.

Der **Förderkreis** der Klinik „Schloß Falkenhof“ unterstützt alle Aktivitäten der Selbsthilfe durch finanzielle Mittel. Dem Förderkreis gehören derzeit 220 ehemalige Patienten als Mitglieder an, die einen regelmäßig jährlichen finanziellen Beitrag leisten. Neben der finanziellen Unterstützung der o.g. Aktivitäten der Selbsthilfe unterstützt der Förderkreis darüber hinaus auch sportliche Aktivitäten und Freizeitaktivitäten. Insbesondere für kurzfristige und unbürokratische finanzielle Unterstützung von Patienten stehen Mittel aus dem Förderkreis zur Verfügung. Dies sichert oft auf kurzem Weg einen positiven Therapieerfolg und eine darüber hinaus wirkende Motivation. Im Vorstand des Förderkreises sind stets aktive ehemalige Patienten der Klinik „Schloß Falkenhof“, der Tagesrehabilitation und der Fachklinik „Am Birkenweg“ tätig.

## 4.3 Externe Kommunikation

- Mit Suchtberatungsstellen, betrieblichen Sozialdiensten und weiteren Partnern, die vor der Behandlung mit den Rehabilitanden in Kontakt stehen, werden 6-8 mal im Jahr Fachtage durch geführt, an denen aktuelle Themen der Suchtrehabilitation, Übergabegespräche und Einzelfallbesprechungen und Gespräche der Rehabilitanden mit ihren Suchtberatern ihren Platz haben.
- Pflege der engen Kooperation mit den Leistungsträgern durch Qualitätsberichte, regelmäßige Telefonate, zuverlässige Auskünfte zu Personal, Struktur und Prozess sowie durch unsere Klinikzeitung.

- Niedergelassenen Ärzte, mitbehandelnde Krankenhäuser und psychiatrische Kliniken, betriebliche Sozialdienste sowie Behörden und komplementäre Einrichtungen werden nach den Erfordernissen des Einzelfalles in den Reha-Verlauf einbezogen.
- Pflege der engen Zusammenarbeit mit verschiedenen Verbänden der Selbsthilfe. Alle 2 Wochen wird ein Informationsabend der Selbsthilfe für die Patienten der Klinik angeboten.
- Die Homepage der Klinik gibt Auskunft über aktuelle Themen und Angebote und bietet Informationsmaterial und Konzepte zum Download an.
- Angebot von Informationsveranstaltungen für Schulklassen, Studierende, Konfirmanden und Firmen.
- Die Öffentlichkeitsarbeit in sozialen Netzwerken (z.B. Facebook) wird genutzt.
- Pressearbeit, z.B. bei Fachtagungen, Ehemaligentreffen und Jubiläen.
- Aktive Teilnahme an Gesundheitsmessen und Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen in der Region vertreten.

### Vernetzungsstrukturen nach außen (Auswahl)

Maßnahme	Teilnehmer	Häufigkeit	Ort / Besonderheiten
Fachtage in der Klinik „Schloß Falkenhof“	Mitarbeiter der Fachambulanzen, Sozialdienste, alle Bezugstherapeuten und Ärzte	5-6 x /Jahr 5-6 Std.	Bensheim, Fortbildungsmaßnahme mit Anerkennung der Landesärztekammer
Suchthilfeverbund	Dienststellenleiter der Beratungsstellen, Koordinatorin, Verwaltungsleiter, ärztl. Leiter	alle 8-10 Wochen 2-3 Std.	in den einzelnen Fachambulanzen des Verbundes
AG Sucht Bergstraße	Fachambulanzen, Mitarbeiter der Psychiatrie, Gesundheitsamt, Bezugstherapeut der Klinik „Schloß Falkenhof“ und Mitarbeiter der Adaption	alle 8-10 Wochen 2-3 Std.	in den einzelnen Einrichtungen im Wechsel
Kommunaler Präventionsrat Darmstadt (KPRD)	Mitarbeiter von Suchthilfeeinrichtungen in Darmstadt	6x im Jahr	Darmstadt unter der Leitung der Wissenschaftstadt Darmstadt
„buss“-Regionaltreffen	Einrichtungsleitungen und Geschäftsführer „buss“	3x /Jahr 4 Std.	in den einzelnen Fachkliniken der Region
„buss“-Mitgliederversammlung und Jahrestagung	Mitarbeiter des Leitungsteams	1x /Jahr 2-3 Tage	Kath. Akademie Berlin
„buss“-Managementtagung	Verwaltungsleiter, Mitarbeiter des Leitungsteams und einzelne Mitarbeiter	1x /Jahr 2 Tage	Kassel
CaSu-Fachtagung	Teilnehmer des Leitungsteams und einzelne Bezugstherapeuten	1x /Jahr 2 Tage	in unterschiedlichen Bundesländern

#### 4.4 Krisenintervention / Interkurrente Verlegung

Alle Mitarbeiter im Tagdienst, dem Zwischendienst, Nachtdienst und Wochenenddienst sind im Umgang mit Behandlungskrisen und Notfallsituationen geschult. Zweimal pro Jahr findet ein modifizierter Erste Hilfe-Kurs statt, der die Besonderheiten im Ablauf in der Klinik „Schloß Falkenhof“ darstellt. Der Einsatz des ärztlichen Notfallkoffers, der im Untersuchungszimmer



untergebracht ist, wird ebenso regelmäßig geprobt wie mindestens zweimal im Jahr alle diensthabenden Mitarbeiter ein Defibrillatortraining erhalten.

Im Umgang mit **psychischen Krisen** sind alle diensthabenden Mitarbeiter durch Kurse zur Gesprächsführung, Supervision und zum Teil auch klassischem Deeskalationstraining geschult. Wenn die Situation nicht in der Klinik selbst aufgefangen werden kann, ist im Einzelfall eine Verlegung, z.B. in das Psychiatrische Krankenhaus nach Heppenheim, notwendig. Nach telefonischer Vorankündigung findet die Verlegung des Patienten, eventuell auch in Begleitung eines Mitpatienten, mit dem Taxi statt. Im Einzelfall muss ein Krankenwagen gerufen werden, damit die Verlegung angemessen stattfindet. Nach Ankunft in der Psychiatrischen Klinik findet erneut ein Telefonat zur weiteren Abstimmung der Maßnahmen statt. Ein Verlegungsschreiben informiert die weiter behandelnde Klinik über die aktuelle Situation und bisherige medizinische Maßnahmen. Regelmäßiger telefonischer Kontakt mit der Klinik bis zur Rückverlegung wird gepflegt.

Bei **somatischen Behandlungszwischenfällen** sind alle Mitarbeiter auf ernste medizinische Notfälle geschult, so dass zielgerichtet die richtigen Maßnahmen (z.B. stabile Seitenlage, Einsatz des Defibrillators) möglich ist. Im Anschluss erfolgt ein Management, in dem über die Rettungsleitstelle Notarzt und Krankenwagen gerufen werden, der innerhalb weniger Minuten in der Einrichtung ist.

Die mit den Mitteln der Einrichtung behandelbaren, z.B. sportmedizinischen Unfällen, werden vom Pflegedienst versorgt und im Bedarfsfall sofort einer der behandelnden Ärzte mit zugezogen. Die erforderliche Vorstellung z.B. bei einem Chirurgen erfolgt in der Regel im nahe gelegenen Heilig-Geist-Hospital in Bensheim. Die erforderliche Meldung an die BG-Verwaltung erfolgt.

Für Patienten mit Besonderheiten in der Behandlung wird eine Hinweiskarte im Dienstbuch der Einrichtung hinterlegt, entsprechende Maßnahmen für Notfallsituationen bereits schriftlich antizipiert. In den regelmäßigen Übergabegesprächen mit Nacht- und Bereitschaftsdiensten erfolgt darüber hinaus ein mündlicher Hinweis.

## **5. Interne Kommunikation**

Im Rahmen einer stationären Rehabilitation werden die Patienten von verschiedene Abteilungen und Personen behandelt und versorgt. Daher müssen alle wichtigen Informationen regelmäßig und im erforderlichen Umfang ausgetauscht werden. Nur so kann die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit im Rehateam gewahrt werden. Diesem Austausch dienen regelmäßige Besprechungen der Leitung, der Leitung mit der nachgeordneten Ebene, der Teams (insbesondere in Team – und Fallbesprechungen) sowie Einträge ins Dienstbuch und sonstige Mitteilungen. Die Besprechungen werden terminlich festgelegt (Wochentag, Uhrzeit, Dauer, Häufigkeit), bei Bedarf wird eine Tagesordnung vorbereitet und die wesentlichen Ergebnisse werden dokumentiert (Protokoll, Teambuch, Dienstbuch). Es gibt Regeln für die An- und Abwesenheit sowie für die Gesprächsführung. Der für den jeweiligen Bereich Verantwortliche sorgt dafür, dass die Ergebnisse dieser Besprechungen bekannt gemacht und beachtet werden (auch für Mitarbeiter, die nicht an der jeweiligen Besprechung teilgenommen haben). Er überprüft die Wirksamkeit und die Umsetzung der Besprechungsergebnisse.

## Übersicht ausgewählter Sitzungen in der Einrichtung

Maßnahme	Teilnehmer	Häufigkeit
Krankenhausleitung	Caritasdirektor, Verwaltungsleiter, ärztlicher Leiter	alle 8 Wochen 2-3 Std.
Klinikleitung	Verwaltungsleiter, ärztlicher Leiter	1x /Woche 1 Std.
Leitungsteam	alle Mitarbeiter des Leitungsteams	2-3 x/Jahr
Therapieleitung	ärztlicher Leiter, Therapieleiter	1x /Woche 45 – 60 Min.
Lenkungskreis	Leitungsteam, Abteilungsleiter und MAV-Leitung	alle 8-10 Wochen
Teamsitzung	ärztlicher Leiter, Therapieleiter, Bezugstherapeuten, Ärzte, Sozialdienst	2 Std./ Woche
Arbeitstherapie-Besprechung	alle Bezugsarbeits-therapeuten und Arbeitsanleiter	1x /Woche 90 Min.
Verwaltungssitzung	Verwaltungsleiter, ärztlicher Leiter, Verwaltungsmitarbeiter und medizinisches Sekretariat	1x/Monat 90 Min.
Medizinische Besprechung	Ärzte, medizinisches Fachpersonal u. Pflegedienst	1x/Quartal 2 Std.
Supervision	Bezugstherapeuten	alle 6-8 Wochen 3 Std.

### 6. Management / Qualitätssicherung

Jährlich wird ein Qualitätsbericht erstellt, der für Kooperationspartner und für Leistungsträger der Rentenversicherung, der Krankenversicherung und anderer Träger von Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX bestimmt ist und auch für andere Interessierte zur Verfügung steht. Wir folgen damit einer Empfehlung der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) und des Bundesverbandes stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“).

In diesem Qualitätsbericht werden Aussagen zur Behandlung von Suchtkranken gemacht, die mit den Ergebnissen anderer Kliniken vergleichbar sind. Seit 2004 ist das Qualitätsmanagementsystem der Klinik „Schloß Falkenhof“ nach DIN EN ISO 9001 und „deQus“ zertifiziert, im Juli 2013 erfolgte die Rezertifizierung. Die Zertifizierung ist von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im Sinne des Akkreditierungsverfahrens nach § 20 Absatz 2a SGB IX anerkannt.

Der hausinterne Lenkungskreis arbeitet regelmäßig an der ständigen Verbesserung der Qualität, überwacht die Standards und sorgt für die Umsetzung der Qualitätsziele.

Kernsätze der internen Qualitätspolitik sind:

- Die Klinik arbeitet im engen Verbund mit Partnern
- Die Wege zum Therapieantritt werden einfach gestaltet
- Die Therapieangebote finden lückenlos statt
- Die Sicherung der Nachsorge wird gewährleistet.

Die Klinik „Schloß Falkenhof“ erfüllt damit alle Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung. Die Leistungen werden mit den Reha-Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung abge-

stimmt. Die Evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) stellen die Grundlage des angebotenen Leistungsspektrums dar.

Zur kontinuierlichen Verbesserung werden die unterschiedlichen Berichte zur Qualitätssicherung der Rentenversicherungsträger herangezogen. Die klinikeigene Patientenbefragung wird zur Verbesserung der Abläufe und ggf. nötigen Anpassung an die sich verändernden Lebensbedingungen der Patienten genutzt. Wir nehmen an der bundesweiten Suchthilfestatistik teil.

## **7. Notfallmanagement**

Das Notfallmanagement in der Klinik „Schloß Falkenhof“ besteht aus zwei wesentlichen Bausteinen. An erster Stelle der Maßnahmen für Notfälle stehen die Hilfen für einzelne Patienten in Notsituationen. Die Klinik verfügt über ein durch die ortsansässigen Behörden zertifiziertes Brandschutzkonzept, das im Notfall sicher stellt, dass alle Patienten sicher geborgen werden können. Patienten und Mitarbeiter werden regelmäßig für den Umgang mit Notfällen geschult. Die Klinik sichert rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr einen qualifizierten medizinischen Nacht- und Bereitschaftsdienst, der durch eine Patientenrufanlage durchgängig für Patienten erreichbar ist. Darüber hinaus sind wesentliche Räumlichkeiten, in denen Patienten sich alleine aufhalten, durch Notrufanlagen gesichert. Die Ärzte der Einrichtung werden regelmäßig für Notfalleinsätze geschult. Ein Notfalkoffer steht zum Einsatz bereit. Ebenso steht ein Defibrillator für alle Mitarbeiter unmittelbar in greifbarer Nähe für entsprechende Situationen zur Verfügung. Alle Rettungswege werden stets von Hindernissen freigehalten, dies trifft insbesondere auf die Zufahrtsstraße zu.

Neben diesen Sicherungsmaßnahmen für Leib und Leben sind auch im Sinne eines gesteuerten Notfallmanagements die wesentlichen Infrastruktursysteme des Hauses gesichert. So sind sämtliche elektrischen Prüfungen, Heizungsanlagen, notwendige Versorgungssysteme stets einsatzbereit und durch zuverlässige Wartungsverträge gegen Risiken gesichert. Der Umgang mit Versorgungssystemen wird für alle Mitarbeiter, die im Bereitschaftsdienst tätig sind, jährlich geschult. Zu den Maßnahmen des Notfallmanagements gehören auch alle notwendigen Überprüfungen der gesetzlichen Grundlagen für die Arbeitssicherheit sowie die intensive Beratung durch Arbeitsmedizin und Arbeitsschutzbeauftragte. In Notfällen gilt der Grundsatz, dass jeder über die notwendigen ersten Schritte Kenntnis haben muss und sie im Bedarfsfall auch anwenden kann. Dies ist die sicherste und wirksamste Notfallmaßnahme für unvorhergesehene Ereignisse.

## **8. Fortbildung und Supervision**

Der Bedarf an externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ermittelt sich aus den Anforderungen an die einzelnen Mitarbeiter, abgeleitet aus den Richtlinien der Leistungsträger und der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (DRV Bund, 2001).

Fort- und Weiterbildungen beziehen zum einen die notwendige Nachqualifizierung der ärztlich-therapeutischen Mitarbeiter ein (z.B. Weiterbildung zum Suchttherapeuten nach den Regeln des VdR für Sozialtherapeuten, Sozialmedizinische Weiterbildung für Ärzte), als auch für alle Mitarbeiter entsprechend ihrer Stellenbeschreibung die erforderliche Fort- und Weiterbildung entsprechend des Einsatzes in der Klinik, um die Durchführung der Versorgung und Behandlung zeitgemäß zu gewährleisten und die Qualität der Fachklinik aufrecht zu erhalten und zu verbessern.

Supervision wird in den einzelnen Abteilungen regelmäßig in Form von Fall- und Teamsupervision durch einen externen Supervisor mit entsprechender Qualifizierung angeboten.

## 9. Therapiedokumente

- Dokument 1 Auszüge aus der Hausordnung (Seite 61)
- Dokument 2 3 exemplarische Wochenpläne zur mittelfristigen Behandlung (12. – 15. Woche), zweite, achte und zwölfte Therapiewoche (Seite 62-64)
- Dokument 3 Therapiezielkarte (Seite 65)

## Dokument 1 – Auszüge aus der Hausordnung

Sehr geehrter Patient,

das Zusammenleben in einer Gemeinschaft erfordert einige Vereinbarungen. Mit dem Aufstellen einiger Regeln haben wir weniger das Interesse sie zu reglementieren, als einen Rahmen zu schaffen, der uns im Umgang mit ihnen Sicherheit und Klarheit verschafft.

So haben wir eine **Besuchs- und Ausgangsregelung** verfasst, die für uns eine Hilfe im Therapieablauf darstellt. Eine Besuchspause ist für Sie sicher nicht einfach, doch gibt sie uns die Gelegenheit, Sie besser kennen zu lernen.

Bitte beachten Sie, dass Sie das Klinikgelände nur im Rahmen der Ausgangs- und Heimfahrtsregelung verlassen können.

Die Klinik Schloß Falkenhof versteht sich mit ihrem gesamten Gelände als **suchtmittelfreie Zone**. Dies gilt für Alkohol, Drogen, Medikamente, etc. Kopfschmerztabletten oder sonstige „Hilfen“ müssen, falls notwendig, vom ärztlichen Dienst der Klinik verordnet werden. Zur Überprüfung behalten wir uns Alkohol- und Urinkontrollen vor.

Für die Zimmer gibt es eine spezielle **Zimmerordnung**, die wir Sie bitten einzuhalten. Bitte beachten Sie, dass Fernsehgeräte und Wasserkocher nicht mitgebracht werden können. Auch der Konsum von schwarzem Tee, und Kaffee in Ihrem Zimmer ist nicht gestattet. (Einzelheiten zu Cafeteria, Telefon und Fernsehen in der Klinik entnehmen Sie bitte dem Mitteilungsblatt).

Sämtliche Räumlichkeiten der Klinik haben wir als **rauchfreie Zone** definiert. Rauchen ist nur im Außenbereich innerhalb der definierten Raucherbereiche gestattet. Die offiziellen Therapiezeiten gelten für uns ebenso als rauchfreie Zeiten (z.B. Arbeits- und Beschäftigungstherapie).

**Spiele mit Geldeinsatz** sind nicht gestattet.

Das **Mitbringen** ihres **Kraftfahrzeuges** ist während der Therapie nicht erlaubt. Nach Rücksprache mit Ihrem Bezugstherapeuten kann frühestens am letzten Wochenende vor der geplanten Entlassung im Rahmen der Ausgangsregelung der Pkw mitgebracht und auf dem unteren Klinik-Parkplatz gegenüber den Gästeappartements abgestellt werden. Das Fahrzeug darf jedoch bis zum Entlasstag nicht für Fahrten benutzt werden. Wir bitten Sie, den Pkw erst am Abreisetag für kurze Zeit, nur zum Beladen, auf den oberen Parkplätzen abzustellen.

Einzelheiten zu Ihrem Therapieablauf entnehmen Sie bitte den Aushängen und unserer Klinikbroschüre „Falkenhof von A-Z“.

Zum allgemeinen Tagesablauf gehört das Öffnen der Hauptgebäude morgens um 6:30 Uhr (sonntags 7.00 Uhr).

Die Haupttüren werden Montag bis Freitag ( auch feiertags ) um 22:30 Uhr und samstags um 23:00 Uhr abends abgeschlossen.

Ab 22:30 Uhr/bzw. 23:00 Uhr sollten Sie sich auf Ihrem Zimmer aufhalten.

Für weitere Informationen und Hilfestellungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wir wünschen Ihnen einen erfolgreichen Aufenthalt.

Die Klinikleitung

Wochenplan in der 2. Behandlungswoche

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
6.30 Bürstenmassage f14/ Kneippguss c46	6.30 Bürstenmassage f14/ Kneippguss c46	6.30 Bürstenmassage f14/ Kneippguss / c46	6.30 Bürstenmassage f14/ Kneippguss c46	6.30 Bürstenmassage f14/ Kneippguss c46		
<b>ab 7.30</b>						
8.30 – 9.30 Patientenschulung „Gesundheit“ C522	8.30 – 10.00 Gruppentherapie G061	8.30 – 10.00 Kreativtherapie E240	8.15 – 9.45 Gruppentherapie G061	8.30 – 10.00 Gruppentherapie G061	8.15 – 10.00 Kreativtherapie E240	9.00 Möglichkeit zum Kirchgang
9.45 - 10.30 Einzeltherapie G112						
11.00 – 12.00 Bezugsgruppe in Selbstorganisation G099	10.30 – 12.00 Kreativtherapie E240	10.30 – 12.00 Informationsgruppe „Abhängigkeitsentwicklung“ C521	10.30 – 12.00 Kreativtherapie E240	10.30 – 11.00 Ernährungsberatung C090 11.30 – 12.00 Kreativtherapie E240		
<b>12.15</b>						
<b>MITTAGESSEN</b>						
13.30 – 15.00 Einführung in die Arbeitstherapie C020	13.30 – 15.00 Kreativtherapie E240	13.15 Ärztliche Beratung C010 14.00 - 15.00 Progr. Muskelentspannung F082	13.15 – 14.00 Internistische Sprechstunde C010 14.15 – 15.00 Kreativtherapie E240	13.30 – 15.00 Kreativtherapie E240	13.30 – 14.30 Informationsgruppe „Suchtverlagerung“ C523	13.30 – 15.00 Möglichkeit zu einer geführten Wanderung L039
15.15 – 16.15 Gymnastikgruppe A062	15.30 – 16.00 Sozialberatung D023	15.30 – 17.00 Beschäftigungstherapie F163	15.30 – 17.00 Beschäftigungstherapie F163	16.00 17.00 Mannschaftssport A069	*Freizeit	*Freizeit
17.-17.45 Einführung in die Physiotherapie / Fitnesstraining C050	17.15 – 18.00 Kontaktgespräch mit dem Klinikseelsorger					
<b>18.30</b>						
<b>ABENDBUFFET</b>						
19.00 Wassertreten K070	19.00 Wassertreten K070	19.00 Wassertreten K070 20.00 – 20.30 Anwendung in der Bäderabteilung	19.00 Wassertreten K070	19.00 Wassertreten K070 20.00 – 20.30 Anwendung in der Bäderabteilung	* Freizeit	*Freizeit
<b>ab 22.30</b>						
<b>NACHTRUHE</b>						

\* Möglichkeiten für Freizeitgestaltung: Schwimmen, Fitnesstraining und andere Sportaktivitäten, Patientenbibliothek, Kontaktpflege in Aufenthaltsräumen und Cafeteria, Filmangebote etc.

Anmerkung: Die Buchstaben und Zahlen hinter den einzelnen therapeutischen Maßnahmen bilden die KTL-Nr. ab.

## Wochenplan in der 8. Behandlungswoche

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>FRUEHSTUECKSBUFFET</b>						
<b>ab 7.30</b>						
8.30 – 9.00 Teambesprechung im Arbeitsbereich E191 9.00 – 10.30 Arbeitstherapie z.B. Handwerk E033	8.00 Sprechstundenbesuch beim Arzt C010 8.30 – 10.00 Gruppentherapie G061	8.30 – 10.00 Arbeitstherapie z.B. Handwerk E033 10.30 – 12.00 Gruppe: Rückfallprävention G094	8.15 – 9.45 Gruppentherapie G061 10.30 – 13.00 Kochkurs C114	8.30 – 10.00 Gruppentherapie G061 10.30 – 12.00 Arbeitstherapie z.B. Handwerk E033	8.15 – 10.00 Arbeitstherapie z.B. Handwerk E033 10.30 – 22.00 Ausgang möglich	9.00 Möglichkeit zum Kirchengang
<b>MITTAGESSEN</b>						
<b>12.15</b>						
13.30 – 15.00 Arbeitstherapie z.B. Handwerk E033	13.30 – 14.45 Arbeitstherapie z.B. Handwerk E033	14.00 – 15.00 Progr. Muskelentspannung F082 15.15 . 16.45 Stressbewältigung F051	14.00 – 15.30 Paartherapie G140	13.15-13.45 Bilanzgespräch G151 14.00-15.00 Arbeitstherapie z.B. Handwerk E033 15.15 - 16.15 Walking A021 16.30-17.00 Wassergymnastik A024	Ausgang möglich	13.30 –22.00 Ausgang möglich
15.30 – 16.30 Walking A021	15.00 – 16.30 EDV-Kurs E032	17.00 – 18.15 Beschäftigungstherapie F163	15.30 – 22.00 Ausgang möglich		Ausgang möglich	Ausgang möglich
<b>ABENDBUFFET</b>						
<b>18.30</b>						
19.15 – 21.00 Sauna K250	19.30 – 21.00 Selbsthilfegruppe D042	* Freizeit	19.15 – 21.00 Sauna K250	* Freizeit	Ausgang möglich	Ausgang möglich
<b>NACHTRUHE</b>						
<b>ab 22.30</b>						

\* Möglichkeiten für Freizeitgestaltung: Schwimmen, Fitnesstraining und andere Sportaktivitäten, Patientenbibliothek, Kontaktpflege in Aufenthaltsräumen und Cafeteria, Filmangebote etc.

Anmerkung: Die Buchstaben und Zahlen hinter den einzelnen therapeutischen Maßnahmen bilden die KTL-Nr. ab.

## Wochenplan in der 12. Behandlungswoche

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>FRUEHSTUECKSBUFFET</b>						
<b>ab 7.30</b>						
8.30 – 9.00 Planungsgespräch der Belastungsprüfung G151	8.00 Sprechstundenbesuch beim Arzt C010	8.30 – 10.00 Belastungsprüfung G152	8.15 – 9.45 Gruppentherapie G061	8.30 – 10.00 Gruppentherapie G061	8.15 – 10.00 Arbeitstherapie z.B. Handwerk E033	9.00 Möglichkeit zum Kirchgang
9.00 - 10.45 Belastungsprüfung G152	8.30 – 10.00 Gruppentherapie G061					
11.00 – 12.00 Bezugsgruppe in Selbstorganisation G099	10.15 – 12.00 Belastungsprüfung G152	10.30 – 12.00 Gruppe: Rückfallprävention G094	10.00 – 12.00 Belastungsprüfung G152	10.15 – 12.00 Belastungsprüfung G152	10.30 – 22.00 Ausgang möglich	
<b>MITTAGESSEN</b>						
<b>12.15</b>						
13.45 – 15.00 Belastungsprüfung G152	13.45 – 15.00 Belastungsprüfung G152	13.45 – 15.00 Belastungsprüfung G152	13.30 – 14.00 Organisation Nachsorge D046	13.30 – 14.20 Einzeltherapie G112	Ausgang möglich	13.30 – 18.00 Ausgang möglich
15.30 – 17.00 Belastungsprüfung G152	15.30 – 17.30 Bewerbstherapie h11.10	15.30 – 17.00 Belastungsprüfung G152	14.00-16.00 Belastungsprüfung G152	15.00 - 15.30 Auswertung der Belastungsprüfung G151	Ausgang möglich	Ausgang möglich
			16.00 – 22.00 Ausgang möglich	17.00 – 18.00 Mannschaftssport A069		
<b>ABENDBUFFET</b>						
<b>18.30</b>						
19.15 – 21.00 Sauna K250	* Freizeit	* Freizeit	19.15 – 21.00 Sauna K250	* Freizeit	Ausgang möglich *Freizeit	Ausgang möglich *Freizeit
<b>NACHTRUHE</b>						
<b>ab 22.30</b>						

\* Möglichkeiten für Freizeitgestaltung: Schwimmen, Fitnesstraining und andere Sportaktivitäten, Patientenbibliothek, Kontaktpflege in Aufenthaltsräumen und Cafeteria, Filmangebote etc.

Anmerkung: Die Buchstaben und Zahlen hinter den einzelnen therapeutischen Maßnahmen bilden die KTL-Nr. ab.



**Dokument 3**

**Therapiezielkarte**

Sehr geehrter Patient,

- auf der vorliegenden Karte werden Sie gebeten, Ihre **Therapieziele** nach Absprache mit Ihren Therapeuten sowie mit Ihrem Arzt zu notieren. Hierzu nehmen Sie bitte die Karte zu Ihrer *medizinischen Aufnahmeuntersuchung* sowie Ihren *Erstgesprächen* mit Ihrem *Arbeitstherapeuten* bzw. Ihrem *Bezugstherapeuten* mit. Anschließend nehmen Sie bitte eine Ersteinschätzung vor, wo Sie bezüglich Ihrer Zielerreichung aktuell stehen. Hierzu steht Ihnen eine Skala von 0 – 10 zur Verfügung (0 = „Ich stehe noch völlig am Anfang meines Weges zum Ziel“, 10 = „Ich habe mein Ziel vollständig erreicht.“). Markieren Sie Ihre Anfangseinschätzung mit dem Buchstaben **A (Anfang)** auf der Skala.
- Nehmen Sie Ihre Karte bitte auch zum Visitengespräch in der 2. Behandlungswoche mit.
- Zur Zwischenbilanz nehmen Sie eine Verlaufseinschätzung vor, wie weit Sie Ihren Therapiezielen näher gekommen sind. Hierfür notieren Sie ein **B (Bilanz)** auf der Skala 0 - 10. Bringen Sie Ihre Therapiezielkarte bitte ausgefüllt zum Bilanzgespräch mit.
- Zum Ende der Therapie nehmen Sie eine abschließende Einschätzung mit ihrem Therapeuten bzw. Arzt für Ihre einzelnen Ziele vor. Verwenden Sie dafür ein **E (Ende)** auf der Skala 0 –10.
- Im Laufe der Therapie können sich weitere Ziele ergeben, die Sie gemeinsam mit ihrem Therapeuten bzw. Arzt auf der Karte ergänzen können.

Wir wünschen Ihnen einen erfolgreichen Therapieverlauf.

**Therapieziele**

**Name:**.....

<u>Meine medizinischen Ziele</u>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Meine arbeits- und freizeitbezogenen Ziele</u>											
<u>Meine psychotherapeutischen und sozialen Ziele</u>											
<u>Weitere Ziele im Verlauf der Behandlung</u>											

**A** = Anfang, **B** = Bilanz, **E** = Ende der Therapie

## 10. Literaturverzeichnis

- Bauer, J., 2005, Warum ich fühle was du fühlst - Das Geheimnis der Spiegelneurone.  
*Hoffmann und Campe: Hamburg*
- Beck, A. et al., 2012, Bessere Versorgung von Suchtkranken – was die Neurowissenschaften beitragen, *Ärztliches Journal Neurologie/Psychiatrie 3, (48-50)*
- Beck, P., 2008, Konzeptionelle Überlegungen zur Anwendungsrelevanz von neuen Erkenntnissen der Neurobiologie bei Suchtprozessen (*unveröffentlichtes Manuskript in der ganztagsambulanten Behandlung Suchtkranker, Fachklinik „Am Birkenweg“, Darmstadt*)
- Berger, H. et al., 2004, Psychoedukative Familienintervention. Manual zu Grundlagen und Praxis. *Schattauer: Stuttgart*
- Böning, J., 2000, Warum muss es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Klinische Empirie und neurologische Argumente, *Sucht 40, (281-283)*
- Bos, K., 2004, Wirkungen von Gesundheitssport.  
*Bewegungstherapie und Gesundheitssport 20 (1-10)*
- Brägelmann – Tan, S., 2008 Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und –prävention,  
*In: Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Hrsg. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hannover*
- Dilling, H., et al, 2004, Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F).  
*Verlag Hans Hube: Bern*
- DRV Bund, 04.05.2001, Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“
- DRV Bund, 2007, Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung
- DRV Bund, 2010, Peer Review, Psychosomatik und Sucht, Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten, Prozessmerkmale
- DRV Bund, 2010, Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung
- Fiedler, P., 2005, Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. *Beltz: Heidelberg*
- Franke, G., 2002, SCL-90R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version.  
*Beltz Test GmbH: Göttingen*
- Grawe, K. et al., 1995, Psychotherapie im Wandel, Hogrefe: *Göttingen*
- Grawe, K., 1998, „Psychologische Psychotherapie“ *Hogrefe: Göttingen*
- Grawe, K., 2004, Neuropsychotherapie, *Hogrefe: Göttingen*
- Hänsel, F., 2007, Körperliche Aktivität und Gesundheit.  
*In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis (S. 23-44), Hogrefe: Göttingen*

- Henkel, D. et al., 2008, Arbeitslosigkeit und Sucht, *Frankfurt Fachhochschulverlag*
- Hinsch, R. & Pfingsten, U., 2007, Gruppentraining sozialer Kompetenzen, GSK Grundlagen, Durchführung, Materialien. 5. Auflage. *Weinheim: PVU*
- IFT, 2007, Das Rauchfreiprogramm, *München*
- Kanfer, F.H., 1990, Selbstmanagementtherapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. *Springer: Heidelberg*
- Klein, M., März 2010, Suchtkranke Eltern – was bedeutet dies für die Kinder? Vortrag und Diskussion, *Caritas Innsbruck*
- Körkel, J., 1991, Praxis der Rückfallbehandlung, *Blaukreuzverlag: Wuppertal*
- Körkel, J., 1988, Der Rückfall des Suchtkranken, *Springer: Heidelberg*
- Lange, W. et al., 2008, Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. In *Sucht 54 (13-23)*
- Lauer, G., 1996, Psychotherapeutische Maßnahmen zur Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*
- Lazarus, A. & Folkman, S., 1984, Stress, appraisal and coping. *New York: Springer*
- Lindenmeyer, J., 2005, Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie, *Hogrefe: Göttingen, Band 6*
- Lüdecke, C. et al, 2010, Sucht-, Bindungs-, Trauma Psychotherapie von Sucht- und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext, *Schattauer: Stuttgart*
- Marlatt, G.A., 1995, Theoretical rationale and overview of the model. In G. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior. New York: Guilford*
- Meyers, R. et al., 2011, CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit, *Psychiatrie-Verlag: Bonn*
- Miller, W. R., & Rollnick, S., 1999, Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. *Lambertus: Freiburg*
- Ohlmeier, M., 2007, Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und komorbide Suchterkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen  
In: Möller, C. (Hrsg.). *Drogenmissbrauch im Jugendalter, Ursachen und Auswirkungen. Vandenhoeck, Ruprecht: Göttingen (187-200)*
- Reddemann, L. et al, 1997, Die imaginative Psychotherapie des Traumas. Abstracts von Vorträgen der 47. *Lindauer Psychotherapiewochen*
- Soyka, M., 1995, Die Entwicklung verschiedener Konzepte (Die Alkoholabhängigkeit – Diagnose und Therapie), *Chapman und Hall: Weinheim*
- Schmid, C., 2006, Arbeitslosigkeit führt in die Sucht, *Caritas-Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes (S. 261-271), Hofmann: Emmendingen*

Schön, K.H., 2011, Qualitätsberichte, Klinik „Schloß Falkenhof“, *Caritas*

Weinmann, S. et al., 1998, „*Melba*“- Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit. *Siegen*

WHO, 2001, World Health Organisation: International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. *Geneva*

Yalom, I.D., 1989, Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. *Pfeifer: München*



### So erreichen Sie uns

Wenn Sie über die Bundesautobahn A 5 oder A 67 kommen, nehmen Sie die Autobahnausfahrt Bensheim, fahren Sie in Richtung Stadtmitte auf der B 47 Richtung Lindenfels. Etwa 2 Kilometer außerhalb der Stadtmitte sehen Sie die Beschilderung zu unserer Klinik.

Der Bahnhof Bensheim ist gut an das Verkehrsnetz der Bundesbahn angebunden, so dass Städte wie Mannheim, Ludwigshafen, Heidelberg, Darmstadt, Frankfurt, Wiesbaden, Mainz und Worms alle in weniger als einer Stunde zu erreichen sind. Vom Bahnhof ist die Klinik zu Fuß in etwa 20 Minuten erreichbar. Die Buslinie 665 hält am Fuße der Klinik an der Haltestelle „Schloß Falkenhof“.

## Klinik „Schloß Falkenhof“

Nibelungenstraße 109, 64625 Bensheim  
 Telefon 06251/102-0, Fax 06251/102-103  
 Internet [www.klinik-falkenhof.de](http://www.klinik-falkenhof.de)  
 E-Mail [aufnahme-falkenhof@caritas-bergstrasse.de](mailto:aufnahme-falkenhof@caritas-bergstrasse.de)

Aufnahmesekretariat  
 Monika Stofleth / Steffen Juretzek  
 Telefon 06251/102-126  
 Fax 06251/102-104  
 E-Mail [aufnahme-falkenhof@caritas-bergstrasse.de](mailto:aufnahme-falkenhof@caritas-bergstrasse.de)

Dr. med. Carlo Schmid  
 Arzt für Psychiatrie / Psychotherapie  
 – Sozialmediziner –  
 Ärztlicher Leiter  
 Telefon 06251/102-130

Karl-Heinz Schön, Verwaltungsleiter  
 Telefon 06251/102-127



Monika Stofleth



Steffen Juretzek

**Träger:** Caritasverband Darmstadt e. V.  
 Heinrichstraße 32A, 64283 Darmstadt

Mitglied im



Caritas Suchthilfe  
 Bundesverband der  
 Suchthilfeeinrichtungen  
 im DCV