

Rehabilitation im ambulant-stationären Behandlungsverbund

Kombinierte Reha Sucht - (KoRS) -

Psychosoziale Beratungs-
und Behandlungsstellen
und Fachambulanzen
der Umgebung



Klinik Schloß Falkenhof
Fachklinik für
Abhängigkeitserkrankungen
Bensheim

Unser Dank für die Zusammenarbeit bei der Konzeptentwicklung gilt den Fachambulanzen und Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen in Mittel- und Südhessen und dem angrenzenden Rheinland-Pfalz.

Verantwortlich für die Konzeptdarstellung:

Rudi Bonerz, Dienststellenleiter der Fachambulanzen für Suchtkranke in
Darmstadt, Dieburg und Heppenheim,
Dr. Carlo Schmid, Ärztlicher Leiter der Klinik Schloß Falkenhof,

Stand 11/2001

Druck und Layout: Klinik Schloß Falkenhof, Nibelungenstr. 109, 64625 Bensheim, Tel.: 102-0.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
1. Einleitung	6
2. Rehabilitation im stationären-ambulanten Behandlungsverbund	7
3. Indikation.....	8
4. Therapeutische Grundhaltung, Suchtverständnis und	10
5. Therapieziele	11
6. Diagnostik und Therapiesteuerung	12
7. Mitarbeiter des Rehabilitationsteams	13
8. Das Rehabilitationsteam und die therapeutischen Angebote	14
8.1. Medizin.....	14
8.2. Psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen.....	15
8.3. Arbeits- und Kreativitätstherapie und Berufsalltag.....	16
8.4. Sport und Gymnastik	17
8.5. Entspannungstherapie und andere indikative Maßnahmen.....	18
8.6. Seelsorge.....	19
8.7. Allgemeine Sozialberatung	19
9. Rückfallbehandlung und Rückfallprophylaxe	20
10. Qualitätssicherung	21
11. Wochenplan	23
12. Literatur	24

1. Einleitung

Mit der vorliegenden gemeinsam erarbeiteten Behandlungskonzeption wird innerhalb des Behandlungsverbunds ein sinnvoller nächster Entwicklungsschritt vollzogen. In der Empfehlungsvereinbarung „ambulante Rehabilitation“ vom Januar 1991 wurden bereits wesentliche Strukturmerkmale einer ambulant-stationären Therapie vorgegeben. Inhaltlich legt die Empfehlungsvereinbarung ein differenziertes Leistungsspektrum und ein integriertes Programm zur Betreuung Abhängigkeitskranker im ambulanten Bereich fest. Durch die qualifizierte Tätigkeit von Diplom-Sozialarbeitern, Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Psychologen und Ärzten entwickelte sich ein Behandlungsteam, das insbesondere im Diagnostik- und Therapiebereich den vielfältigen Aufgabenstellungen gerecht wird. Erfahrungsgemäß bedeutet diese inhaltliche und personelle Weiterentwicklung ein effektives und effizientes Behandlungs- und Hilfeprogramm für Suchtkranke und deren Angehörige.

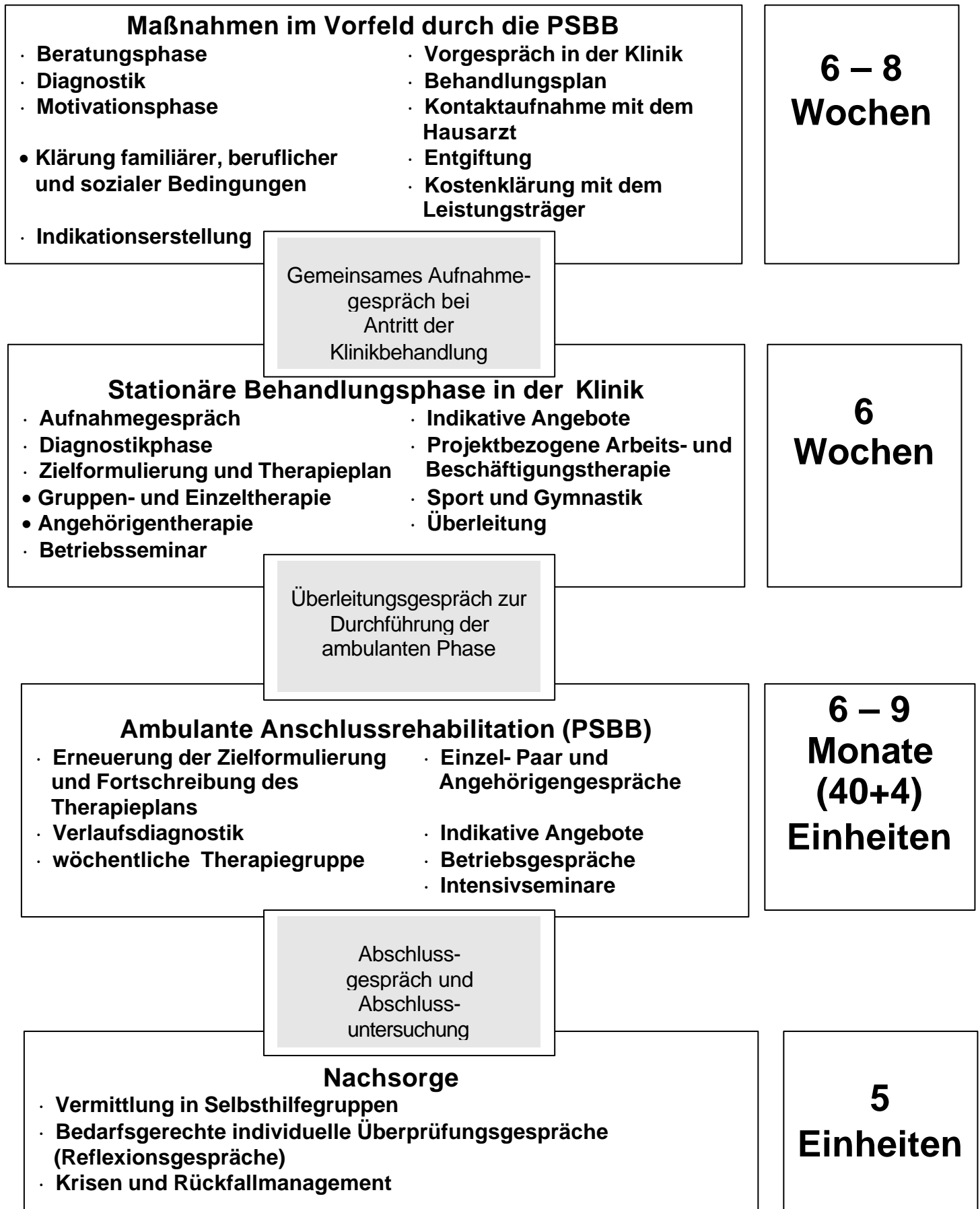
Das hier vorgelegte Therapiekonzept „Kombinierte Reha Sucht (KoRS)“ wird als weiteres Behandlungsangebot neben den bereits bewährten Therapieprogrammen verstanden. Im Kernbereich steht eine intensive 6-wöchige stationäre Therapiephase mit einer verbindlichen ambulanten Rehabilitationsphase im Anschluss. Dies bedeutet, dass Patienten, die sich für dieses Behandlungsprogramm entscheiden, bereits in der Vorbereitungsphase über diese kombinierte stationär-ambulante Therapiekonzeption informiert werden.

In der vorliegenden Behandlungskonzeption gilt es ganz besonders, die Indikation für dieses Therapieprogramm darzustellen. Einzelheiten zur Patientenzielgruppe sind auf Seite sieben beschrieben. Im weiteren sollen die einzelnen Bausteine sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Phase dargestellt werden. Besondere Beachtung verdienen die Schnittstellen vor Beginn der stationären Phase und in der Überleitungsphase zur ambulanten poststationären Phase.

Was die therapeutische Grundhaltung angeht, greifen wir auf wesentliche Annahmen der Behandlungskonzeption der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen und der Klinik Schloß Falkenhof zurück. Die dort bereits vorliegenden Behandlungskonzeptionen diskutieren neben den Grundannahmen auch das allgemeine Suchtverständnis, so dass bei der hier vorliegenden Konzeption der Schwerpunkt auf der Darstellung des spezifischen Therapieangebotes liegt.

2. Rehabilitation im stationären-ambulanten Behandlungsverbund

Überblick



3. Indikation

Die Kombinierte Rehabilitation Sucht versteht sich als eine sinnvolle Ergänzung zu den im Behandlungsverbund bestehenden Beratungs- und Behandlungsangeboten. Gerade aus der bestehenden sehr effektiven und effizienten jahrelangen gemeinsamen Tätigkeit in der Behandlung von Suchtkranken und deren sozialem Umfeld, ist das vorliegende Behandlungskonzept als ein weiterer Entwicklungsschritt zu verstehen, der insbesondere aufgrund der vertrauensvollen Zusammenarbeit möglich ist. So entstand „KoRS“, aus der gemeinsamen Reflektion bestehender Behandlungsmaßnahmen um den Wunsch, ein weiteres Angebot für die im folgenden näher zu beschreibende Zielgruppe zu verwirklichen.

Um die Personengruppe, für die das vorliegende Therapiekonzept „KoRS“ geschaffen wurde, näher zu beschreiben, bedarf es einer kurzen Analyse der einzelnen Bausteine.

Die **stationäre Behandlungsphase** kann im Gegensatz zur ambulanten Phase durch die zeitbegrenzte Herausnahme aus dem Lebensalltag entscheidend die Reflexionsfähigkeit fördern, d. h. das Selbstbild bezogen auf den familiären und beruflichen Kontext kann intensiv überprüft werden, so dass die derzeitige Beziehungssituation analysiert wird.

Eine Überprüfung eigener Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen lässt es zu, Selbstwertgefühl und Selbstachtung zu verbessern.

So können Patienten in dieser Behandlungsphase wesentliche Entwicklungsschritte überprüfen und im Rahmen von Heimfahrten und Klärungsgesprächen einen intensiven Austausch mit ihren Angehörigen vornehmen. Durch die Rückkehr in die Klinik werden intensive Formen der Rückkopplung geschaffen, in denen es gelingt, weitere notwendige Entwicklungsschritte zu verdichten. Gemeinsame Freizeitgestaltung, Gesundheitstraining, Sport und Gymnastik ermöglichen es, die körperliche Ausdauer und Kondition zu verbessern. Durch eine zeitlich begrenzte Herausnahme aus der Familie ergeben sich für alle Beteiligten Möglichkeiten der Überprüfung ihres Rollenverständnisses und ihrer Ansprüche und Erwartungen an das zukünftige Zusammenleben.

Familientherapeutische Gespräche unter systemischen, lösungsorientierten und verhaltenstherapeutischen Vorgaben bedeuten, dass neben der Gegenwartsanalyse eine vorrangig an den zukünftigen Haltungen und Umgangsformen orientierte Therapie entscheidend ist. So ist der Raum, der sich für Angehörige durch die vorübergehende Trennung des als suchtmittelkrank definierten Familienmitglieds ergibt, eine wesentliche Chance, eigene Muster und Verhaltensweisen zu überprüfen, um gemeinsam am Aufbau neuer tragfähiger Beziehungen zu arbeiten.

In der nahtlos sich anschließenden **ambulanten Behandlungsphase** gilt es, die während der stationären Phase gemachten Entwicklungsschritte lebenspraktisch umzusetzen und innerhalb der wöchentlichen gruppentherapeutischen Sitzungen auszutauschen und zu reflektieren. Durch die wieder aufgenommene Berufstätigkeit und das Erleben des familiären Alltags ergeben sich neben vielen stabilisierenden Gesichtspunkten auch Gefährdungen und Krisen, die gruppentherapeutisch aufgefangen werden können.

In der Weiterführung des therapeutischen Prozesses in der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle oder Fachambulanz entsteht somit eine Therapiekontinuität, die jedoch jetzt gegenwarts- und alltagsbezogen das Selbsterleben und die damit verbundenen familiären Wechselwirkungen einbeziehen kann.

Gerade in dieser Behandlungsphase ist der interpersonelle Austausch mit wesentlichen Angehörigen notwendig, da erfahrungsgemäß die während der stationären Phase entwickelten Haltungen, Erwartungen und Einschätzungen unter ambulanten Bedingungen einer regelmäßigen Überprüfung und Neudefinition bedürfen, um den wechselseitigen Anforderungen gerecht zu werden und die vielfältigen Ressourcen im familiären Kontext zu nutzen.

Je nach Behandlungskonzeption der an „KoRS“ mitarbeitenden Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle oder Fachambulanz ergeben sich zusätzliche Behandlungsbausteine, wie z. B. sozialtherapeutisches Rollenspiel, Psychodrama, konzentrierte Bewegungstherapie und Intensivwochenenden mit Angehörigen. Bei der Vielzahl der Beratungsstellen können hier nur einige Angebote genannt werden.

Das Therapieangebot „KoRS“ ist besonders für Patienten geeignet, die eine kurze und intensive stationäre Therapiephase benötigen, um dann nahtlos mit den Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation weiter behandelt zu werden. Die Indikation für „KoRS“ kann sich zum Beispiel daraus ableiten, dass durch die Behandlung beim niedergelassenen Arzt oder im Rahmen der ambulanten Rehabilitation keine ausreichende Stabilität erzielt werden konnte. Aber auch bei Patienten, bei denen erhebliche familiäre Problemstellungen deutlich werden, so dass eine zeitlich begrenzte Distanz von der Familie durch die stationäre Phase sinnvoll und notwendig erscheint. Weiterhin können bisher nicht ausreichend wahrgenommene Somatisierungstendenzen oder psychosomatische Reaktionen eine Indikation darstellen.

So ist das Therapieangebot der Kombinierten Reha Sucht - (KoRS) – vorrangig für die nachfolgend beschriebene Patientengruppe vorgesehen:

- **Alkohol- und medikamentenabhängige Patienten mit guter Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation**
- **Sozial gut integrierte Patienten, bei denen davon auszugehen ist, dass auch die Angehörigen eine gute Motivation zu einer aktiven Unterstützung während der Therapiephase mitbringen**
- **Beruflich gut integrierte Patienten, die in einem Arbeitsverhältnis stehen oder klare berufliche Perspektiven mitbringen**
- **Suchtkranke ohne schwere körperliche und psychische Störungen und Folgeerkrankungen**
- **Patienten, die durch bereits stattgefundenene stationäre Vorbehandlung (z.B. in einem psychiatrischen Krankenhaus) oder ambulante Vorgespräche in ausreichendem Maße über die Funktion des Suchtmittels und die damit verbundenen Auswirkungen reflektieren können**

Analog zu dieser Einschätzung ergibt sich als **Kontraindikation:**

- Erstbehandlung von Patienten mit Abhängigkeit von illegalen Drogen und polytoxikomane Patienten
- Personen mit erheblichen körperlichen und psychischen Erkrankungen (zum Beispiel fortgeschrittener körperlicher Abbau, hirnorganische Beeinträchtigung und psychiatrische Zusatzdiagnose)
- Akute Fremd- und Selbstgefährdung
- Patienten mit sozialer Desintegration und niedrigen sozialen Kompetenzen, bei denen somit die Notwendigkeit eines umfassenden Neuorientierungsprozesses besteht
- Personen mit noch geringer Krankheitseinsicht und damit verbunden geringer Introspektions- und Reflexionsfähigkeit

4. *Therapeutische Grundhaltung, Suchtverständnis und Therapiemethoden*

Ein ganzheitlicher Therapieansatz von abhängigkeitskranken Personen muss intrapsychische Prozesse und Entwicklungsstörungen ebenso berücksichtigen wie die Wechselwirkungen zwischen Symptom und Beziehungssystem, so dass das individuelle Verhalten auch in seinem kommunikativen Kontext verstehbar wird. (Hoffmann 1982, Schmidt 1992, Schiepek 1998).

Bei der Entstehung von seelischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen ist daher das Prinzip der Autopoiese biologischer, psychischer und sozialer Funktionsmuster entscheidend. Allerdings sind weder der Prozess der Selbstorganisation noch die entstehenden Verhaltens-, Denk-, Fühl-, und Wahrnehmungsmuster von vornherein pathologisch. Die Qualität des Pathologischen entsteht erst dann, wenn ein zunächst angemessenes und nützliches Muster nicht (mehr) als funktional eingeschätzt wird, wenn es Verhaltensmöglichkeiten zu sehr einengt, wenn Alternativen nicht mehr im gewünschten Ausmaß zur Verfügung stehen oder die Potentiale eines Individuums oder seines sozialen Systems nicht mehr mit den Anforderungen der Umwelt in Übereinstimmung stehen.

Entscheidend für die therapeutischen Interventionen bei Suchtkranken ist es daher, nicht das „Pathologische“ in den Vordergrund zu stellen, sondern von einem Problemlösungsversuch zu sprechen, der jedoch nicht den gewünschten langfristigen Effekt und Erfolg erbrachte. Es findet damit eine Würdigung der meist vielfältigen Versuche „sich selbst zu heilen oder zu helfen“ statt, was eine Minderung der zahlreichen Scham- und Schuldgefühle und eine Stärkung der Übernahme von Selbstverantwortung zur Folge haben kann. Gleichzeitig kann dadurch die Schwellenangst der Therapie gegenüber gesenkt und die Motivation dazu erhöht werden.

Im Gegensatz zu den vielfältigen Untersuchungen zur Ätiologie und Pathogenese der Suchterkrankung, wenden wir uns mehr dem Konzept der Salutogenese zu, was bedeutet, dass neben der Analyse des bisherigen Verhaltens ergründet wird, welche Maßnahmen und Umgehensweisen Gesundheit fördern. Im Erleben persönlicher Bewältigungsmöglichkeiten

liegen Stärken und Ressourcen. Daraus können immer wieder Lösungsansätze gefunden und Veränderungen bewirkt werden. Durch diese ressourcenorientierte Grundhaltung werden aktuell nicht realisierte oder blockierte Kompetenzen wieder entdeckt und während des Therapieprozesses gefördert.

Bei dem hier vorliegenden Therapiekonzept „KoRS“ ist aufgrund der Kürze der stationären Therapiephase eine sehr gegenwartsnahe, lösungs- und zukunftsorientierte Vorgehensweise zielführend. Sie integriert verhaltenstherapeutische Konzepte ebenso wie regelrechte Trainingsphasen zur erfolgreichen Realisierung erster Verhaltensänderungen und fördert den Aufbau von Kompetenz und Selbstsicherheit (Grawe u.a., 1995).

Die Therapie gibt Hilfestellungen bei der Suche nach neuen Sichtweisen und Verhaltensmöglichkeiten z. B. durch eine Fokussierung auf symptomfreie Zeiten oder Ausnahmen. Sie vermittelt Gefühle von Kompetenz und Zugang zu Ressourcen der Konflikt- und Auseinandersetzungsfähigkeit. Eine exakte Auftragsklärung und Zieldefinition sind dabei für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung ebenso notwendig wie eine regelmäßige Überprüfung der Entwicklungsschritte und das Einbeziehen der Bezugspersonen.

Hypothetische und zirkuläre Fragen, Genogrammarbeit und Familienskulpturen in der Gruppe ermöglichen es, den Fokus auf das Beziehungssystem zu legen, um damit wesentliche Such- und Entwicklungsprozesse anzuregen.

5. Therapieziele

Therapieziele sind keine statischen Phänomene, sondern müssen adaptiv im Therapieprozess regelmäßig überprüft, neu definiert und auf die Lebenssituation ergänzt werden. Die Übernahme von Verantwortung für die gesteckten Ziele ist ebenso wesentlich, wie die Schaffung von Prioritäten, um den einzelnen Zielvorgaben gerecht zu werden. In der Herstellung von alternativen Verhaltensmustern, und dem Mut für „neue“ Lösungen im Interaktionsfeld, liegen zentrale Chancen für den Aufbau einer zufriedenen und selbstbewussten Abstinenz.

So kristallisieren sich neben globalen Therapiezielen, für die stationäre und ambulante Behandlungsphase weitere differenzierte und individuelle Ziele heraus.

Therapieziele in der stationären Behandlungsphase:

- Kritische Selbstüberprüfung der Ist-Situation und Beziehungsanalyse
- Schaffung einer vertieften Introspektion und Reflektion
- Funktionsanalyse des Suchtmittels unter persönlichen und interpersonellen Gesichtspunkten
- Erarbeitung von alternativen Verhaltensmustern

- Aufbau von tragfähigen Beziehungen, insbesondere im familiären Kontext
- Verbesserung der Lebensgestaltung (Selbstkonzept, Familie, Beruf, Freizeit)
- Differenzierte Rückfallprophylaxe

Therapieziele für die ambulante Behandlungsphase:

- Krisen- und Konfliktmanagement unter Alltagsbedingungen
- Selbsterleben von Ressourcen und Befähigungen
- Kritische Selbstreflexion und Ausbau interpersoneller Bewältigungsstrategien
- Selbstbehauptung
- Reflektion und Umsetzung eigener Bedürfnisse in einzelnen Lebensbereichen (Familie, Beruf, Gesundheit, soziale Einbindung, Freizeitgestaltung)
- Weitere Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten in wesentlichen Beziehungen
- Rückfallprophylaxe
- Abstinenzstabilisierung

6. Diagnostik und Therapiesteuerung

Die Diagnose der Suchterkrankung, die daraus resultierende Schaffung einer Basismotivation und die Erstellung des individuellen Behandlungsplanes gehören zum Aufgabenbereich der Fachambulanz. Diese arbeitet eng mit den niedergelassenen Ärzten, den Entgiftungseinrichtungen und betrieblichen Sozialdiensten zusammen.

Nach Abschluss der Anamnese- und Befunderhebung erfolgen die wesentlichen Gespräche zur Vorbereitung auf die stationäre Behandlungsphase. An dieser Schnittstelle im Vorfeld der stationären Therapie kann es häufig sinnvoll sein, die Behandlungsmotivation und wesentliche Behandlungsinhalte bereits in einem Vorgespräch in der Klinik zu prüfen.

Am *Aufnahmetag* sollte ein Aufnahmegespräch mit dem Patienten, gemeinsam mit der Ehefrau oder der Partnerin, sowie nach Möglichkeit dem vorbereitenden Bezugstherapeuten der Fachambulanz stattfinden. Hierbei geht es um eine Abklärung der bisherigen Entwicklungsschritte, der möglicherweise unterschiedlichen Problemdefinitionen und deren Auswirkung sowie der ersten diagnostischen Einschätzung für den Kliniktherapeuten im stationären Setting. Eine Terminplanung für das erste Paargespräch ist ebenso sinnvoll wie eine Abstimmung weiterer Gespräche mit Bezugspersonen.

Die *Aufnahme- und Diagnostikphase* beträgt etwa eine Woche. Sie beinhaltet eine internistische, neurologische und psychiatrische Diagnostik des medizinischen Dienstes sowie eine psychosoziale und psychologische Diagnostik.

Nach etwa einer Woche findet in Anwesenheit aller am Therapieprozess beteiligter Therapeuten ein Planungsgespräch statt, in dem aus medizinischer, psychosozialer, psychologischer und arbeitstherapeutischer Sicht nach Austausch der bisherigen diagnostischen Einschätzungen die Behandlungsstrategien abgestimmt werden.

In der *vierten Behandlungswoche* wird in Anwesenheit des ärztlichen Leiters, des Bezugstherapeuten und des zuständigen Arbeitstherapeuten eine Zwischenbilanz mit den Patienten erstellt. Neben einer Selbsteinschätzung des Patienten bezüglich der gemachten Entwicklungsschritte während der stationären Therapiephase und der Einschätzung des Rehabilitations-Teams, rückt jetzt auch die Überleitung in die ambulante Behandlungsphase in den Vordergrund.

Etwa acht Tage vor Beendigung der stationären Phase findet mit dem zuständigen Mitarbeiter der Beratungsstelle ein Überleitungsgespräch statt. In diesem werden die Themenschwerpunkte für die Fortführung der Therapie in der Beratungsstelle besprochen. Sofern notwendig und möglich, werden Angehörige in dieses Gespräch integriert.

Zu Beginn der *ambulanten Behandlungsphase* wird auf der Basis der stationären Behandlungsergebnisse eine Ist-Analyse durchgeführt, aus der die Zielsetzungen für die ambulante Behandlungsphase abgeleitet werden. Hier gilt es, die kurz-, mittel- und langfristigen Zielsetzungen zu differenzieren.

Nach weiteren 4 - 6 Monaten findet ein Bilanz- und Überprüfungsgespräch statt, in dem erörtert wird, ob der vorgesehene Behandlungsrahmen ausreicht. Mit Abschluß der ambulanten Therapie beginnt eine Nachsorgephase mit bedarfsorientierten Einzelkontakten und der Vermittlung in Selbsthilfegruppen.

7. Mitarbeiter des Rehabilitationsteams

Das Rehabilitationsteam besteht im ambulanten wie stationären Bereich im wesentlichen aus Ärzten, Diplompsychologen, Diplomsozialpädagogen und Diplomsozialarbeitern.

Im *stationären Bereich* übernimmt der ärztliche Leiter oder dessen Vertreter die Befund- und Diagnostikmaßnahmen, führt die Informationsgespräche im Sinne des Gesundheitstrainings durch und steht mit der täglichen Sprechstunde in der Einrichtung zur Verfügung. Die Diplompsychologin führt das Autogene Training und diagnostische Maßnahmen durch und erstellt entsprechende Befunde. Als Bezugstherapeut fungiert eine Sozialarbeiterin mit Zusatzausbildung. Sie übernimmt den gruppen-, einzel- und familientherapeutischen Auftrag. Für die Bereiche der Arbeits- und Kreativitätstherapie, des Sportes und der Krankengymnastik stehen weitere qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung.

Im *ambulanten Bereich* führt der Arzt der Beratungsstelle die medizinische Befunderhebung und Diagnostik durch. Er wirkt verantwortlich an den

Zielen ambulanter Therapie mit, steht den Patienten bei Bedarf zur Verfügung und führt Bilanz- und Abschlussgespräche durch.

Der Fachbereich Psychologie ergänzt im Einzelfall die medizinische Diagnostik mit psychologischen Befunden und Ergebnissen aus Testverfahren. Der Fachbereich Sozialarbeit erstellt die soziale Diagnose mit den sozialen, familiären, beruflichen und gesellschaftlichen Bedingungen. Diplomsozialarbeiter/-sozialpädagogen führen in der Regel die Gruppen-, Paar-, Familien- und Einzelgespräche durch. Von ihnen werden auch die indikativen Maßnahmen angeboten. Vorgenannte Berufsgruppen koordinieren auch die Zusammenarbeit mit Betrieben, Ämtern und Behörden.

Die für jeden Patienten der „Kombinierten Reha Sucht“ zuständigen Bezugstherapeuten aus Ambulanz und Klinik stellen den Informationsfluss sicher und organisieren die Schnittstellen der Therapie. Aufgrund der langjährigen Zusammenarbeit im Behandlungsverbund können wir hierbei auf gewachsene Strukturen und „kurze Wege“ zurückgreifen. Dies ist aus Sicht der Konzeptentwicklungsgruppe eine ganz wesentliche Voraussetzung dafür, dass der Übergang von der ambulanten Phase in die Klinik und wieder zurück vom Patienten nicht als Bruch im therapeutischen Prozess erlebt wird, sondern dass er seinen Therapieweg als eine Einheit erlebt.

8. Das Rehabilitationsteam und die therapeutischen Angebote

8.1. Medizin

Nach ausführlicher Befunderhebung finden ärztliche Informationsgespräche zu den Gesundheitsrisiken, Gesundheitsschäden und Folgeerkrankungen statt. Eine Motivation für ein zunehmend eigenverantwortliches Umgehen mit dem Körper im Sinne des Aufbaus eines Gesundheitsprogramms ist vorrangig anzustreben.

Ärztliche Maßnahmen in der stationären Behandlungsphase:

- Motivation für ein aktives Körper- und Gesundheitstraining
- Indikationsstellung und Verordnung von Wassergymnastik, Einzel- und Gruppenkrankengymnastik und Physiotherapie
- Förderung der Übernahme von Verantwortung für den eigenen Körper (z. B. Problematisierung von Nikotinabusus und Übergewicht)
- Allgemeine und indikative Ernährungsberatung
- Behandlung interkurrenter Erkrankungen
- Klärung sozialmedizinischer Fragestellungen (Überprüfung des Leistungsprofils, ggf. Einbezug weiterer Fachärzte)

Ärztliche Maßnahmen in der ambulanten Behandlungsphase:

- Überprüfung und Mitsteuerung des Therapieprozesses
- Erörterung medizinischer Gesichtspunkte in Fallbesprechungen
- Unterstützung in Krisensituationen und bei medizinisch-psychiatrischen Fragestellungen
- Eingangs- und Abschlussuntersuchung
- Sozialmedizinische Einschätzung und Stellungnahme
- Rücksprache mit Arbeitgebern und Betriebsärzten

8.2. Psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen

Gruppen- und Einzeltherapie und Angehörigengespräche sind sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich vorgesehen. Wesentlich für beide Bereiche ist der Aufbau einer tragfähigen vertrauensvollen Beziehung sowohl zu dem betroffenen Patienten als auch zu den Angehörigen, um so die Voraussetzung für einen erfolgreichen Therapieprozess zu schaffen.

Therapiemaßnahmen in der stationären Behandlungsphase:

Der Therapieprozess ist so gestaltet, dass der Schwerpunkt auf den gruppentherapeutischen Sitzungen liegt. Wöchentlich findet für jeden Patienten ein Einzelgespräch statt, in dem es möglich ist, eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Bezugstherapeuten aufzubauen und Entwicklungsschritte vorzubereiten. Durch das Aussprechen oft eher unangenehmer und angstbesetzter Themen wird es ermöglicht, diese später auch im gruppentherapeutischen Kontext zu bearbeiten.

Wöchentlich werden drei gruppentherapeutische Sitzungen über je 90 Minuten angeboten. Einmal pro Woche treffen sich die Patienten zu einer selbstorganisierten Gruppensitzung ohne Bezugstherapeut. Darüber hinaus findet einmal pro Woche eine themenzentrierte Gruppe statt, in der vorrangig Fragen des Gesundheitstrainings und der Rückfallprophylaxe bearbeitet werden. Auch samstags finden für die Patienten regelmäßig Informationsgruppen statt.

Wesentliche Therapiebausteine der stationären Behandlungsphase sind:

- Verdichteter Einstieg mit entsprechender Aufgabenstellung (Lebens- und Suchtverlauf, Selbstbeobachtung mit Tagesprotokollen im Sinne eines Therapietagebuchs)
- Familienaufstellungen, Entwurf von Lösungsbildern
- Informationsgruppen, Gruppentherapieeinheiten und Einzelgespräche zur Auseinandersetzung mit und zur Annahme der eigenen Suchterkrankung und zum Aufbau und zur Festigung einer Abstinenzentscheidung
- Ressourcenaktivierung durch Verhaltens- und Selbstsicherheitstraining
- Verbesserung der Selbstkontrolle und der Selbststeuerungsmöglichkeiten

- Nutzung der Gruppendynamik, auch im Sinne des Modelllernens, zur Verbesserung der Konflikt- und Durchsetzungsfähigkeit und des Einfühlungsvermögens
- Rückfallprophylaxe mit Ablehnungstraining
- Einbezug des sozialen Umfeldes (Familie, Angehörige, Betrieb etc.)

Therapiemaßnahmen in der ambulanten Behandlungsphase:

Mit dem Beginn der ambulanten Rehabilitation werden die Standortbestimmung und die Weiterentwicklung in Bezug auf Zielvorstellungen und Lebensperspektiven erneuert und fortgesetzt. Hierbei werden die Diagnostik und die Behandlungsergebnisse aus der stationären Phase in den ambulanten Behandlungsplan integriert. Entsprechend der Ausstattung der Fachambulanzen ergeben sich mindestens einmal pro Woche gruppentherapeutische Sitzungen. Darüber hinaus können Einzel- und Angehörigengespräche angeboten werden. Insgesamt richtet sich das Angebotsprofil an die Anforderung der Empfehlungsvereinbarung zur ambulanten Rehabilitation Sucht (1991).

Wesentliche Therapiebausteine der ambulanten Behandlungsphase sind:

- Konflikttraining und weitere Stabilisierung von Selbstwertgefühl
- Einübung von Bewältigungsstrategien in aktuellen Lebensbezügen
- Bearbeitung von Problemfeldern des familiären Umfelds
- Kommunikationstraining (Selbstsicherheit, Nähe-Distanz-Regulation, Kontaktaufbau und -pflege)
- Unterstützung bei der beruflichen und gesellschaftlichen Integration
- Rückfallprophylaxe durch die Entwicklung konstruktiver Strategien zur Bewältigung rückfallgefährdender Situationen

8.3. Arbeits- und Kreativitätstherapie und Berufsalltag

Der Stellenwert der Arbeit im eigenen Selbstverständnis und die daraus resultierenden Problemfelder machen eine kritische Analyse und Bearbeitung der Konflikt- und Spannungsbereiche unabdingbar. Während der stationären Phase sind neben der Arbeitsplatzanalyse und Reflektion, die daraus notwendigen Klärungs- und Veränderungsschritte zu problematisieren. Im Einbeziehen wesentlicher Betriebsangehöriger (Arbeitskollegen, Vorgesetzten und des Betriebsrates) bietet sich die Chance der Offenlegung und Darstellung wechselseitiger Erwartungen und der daraus resultierenden notwendigen Veränderungsschritte, um optimale Bedingungen für die Rückkehr des Patienten an den Arbeitsplatz zu schaffen.

Projektbezogene Tätigkeiten, im Sinne eines arbeitstherapeutischen Einsatzes während der stationären Phase, ermöglichen eine gegenwartsnahe Überprüfung der Selbst- und Fremdeinschätzung und lassen entsprechende Korrekturen zu.

In der ambulanten Phase liegt der Schwerpunkt in der Bearbeitung aktueller Konflikte und der Überprüfung des Stellenwertes von Arbeit im Sinne eines angemessenen Gleichgewichts der einzelnen Lebensbereiche.

Aufgaben und Zielsetzungen für die stationäre Behandlungsphase:

- Differenzierte Arbeitsplatzanalyse (Problemfelder, Mobbing, Ängste, Unter- und Überforderung)
- Betriebsgespräche
- Sozialmedizinische Klärungen
- Überprüfung des eigenen Arbeitsstils (Tempo, Stress und Belastungsfaktoren)
- Training von Ausdauer und Konzentration
- Selbstbehauptung und Verbesserung der Abgrenzungsfähigkeit
- Realistische Selbsteinschätzung bei Unter- oder Überforderung
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten

Aufgaben und Zielsetzungen der ambulanten Behandlungsphase:

- Reflektion der Arbeitssituation (betriebliche Vereinbarung, offene Konfliktfelder, Belastungs- und Stressfaktoren)
- Förderung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Verbesserung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit
- Sozialmedizinische Klärung (ggf. Einbeziehen des Betriebsarztes, der Vorgesetzten oder des Betriebsrates)
- Reflektion eines angemessenen Gleichgewichts zwischen den unterschiedlichen Lebensbereichen (Stellenwert der Arbeit, Beruf und Freizeit)
- Förderung und Unterstützung bei der Verwirklichung kreativer Fähigkeiten und Interessen (Kurse, kulturelle Angebote)

8.4. Sport und Gymnastik

Ein ganzheitlicher Therapieansatz thematisiert die positiven Auswirkungen eines aktiven und regelmäßigen Sport- und Gymnastikprogramms. Medizinische und therapeutische Informations- und Reflexionsgespräche sind dazu geeignet, mit dem Patienten ein individuelles Therapieprogramm zu entwickeln und ihn bei dessen Umsetzung zu unterstützen. Hierdurch werden die Fähigkeiten zum körperlichen Ausgleich erweitert und diese wichtige Möglichkeit zur Stabilisierung von Selbstwert und Zufriedenheit in den individuellen Therapieplan integriert.

Therapiemaßnahmen in der stationären Behandlungsphase:

- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Ausdauer durch Ausgleichsgymnastik, Mannschaftssport und Lauftraining
- Aufbau von Freude an der eigenen körperlichen Kraft und Beweglichkeit und Förderung eines positiven Körpergefühls
- Vermittlung eines gesunden Gleichgewichts zwischen Anspannung und Entspannung durch vielfältige Freizeitsportmöglichkeiten (Fahrradergometer, Fitnesstraining, Schwimmen, Wandern)
- Förderung des Spannungsabbaus durch Sport und körperliche Betätigung
- Vermittlung und Förderung von sozialen Kompetenzen und Fähigkeiten im Gruppensport
- Individuelle Therapie durch Gymnastik, Krankengymnastik und Wassergymnastik zur Behandlung körperlicher Einschränkungen

Therapiemaßnahmen in der ambulanten Behandlungsphase:

- Medizinische und therapeutische Begleitung bei der Übertragung der in der stationären Phase eingeübten bewegungsorientierten Ausgleichstätigkeiten in den Alltag
- Unterstützung bei Entscheidungsprozessen und zur Überwindung von Schwellenängsten (Sportverein, Kurse)
- Korrekturhilfen bei „Suchtverlagerung“ zum exzessiven Sport

8.5. Entspannungstherapie und andere indikative Maßnahmen

Sowohl in der stationären als auch der ambulanten Phase werden Indikationsgruppen als ergänzende Maßnahmen angeboten. Sie sind hilfreich, um intrapsychische und interpersonelle Prozesse weiter bewusst zu machen und Beziehungsmuster zu verdeutlichen. Sie können Selbstwert und Selbstsicherheit erheblich verbessern. Einzelne Techniken können problemlos in den Alltag übertragen werden und stellen somit eine Maßnahme der Prävention dar.

Therapiemaßnahmen in der stationären Behandlungsphase:

In der Klinik werden vorrangig Methoden der Entspannungstherapie, insbesondere das Autogene Training nach J. H. Schultz und die Methode der progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen eingesetzt.

Für die Entspannungstherapie ergeben sich hierbei folgende Behandlungsziele:

- Verbesserung der Selbstwahrnehmung und des Körpergefühls
- Abbau von Stress, körperlichen Überlastungsreaktionen und psychosomatischen Beschwerden
- Erlernen eines aktiven Umgangs mit Spannung und Entspannung
- Hilfestellung bei Schlafstörung
- Positive Beeinflussung von Begleitsymptomen und Folgeerkrankungen

Zusätzlich bestehen Möglichkeiten einer individuellen Unterstützung bei der Raucherentwöhnung. In diesem Zusammenhang werden kognitive mit lösungsorientierten Ansätzen und hypnotherapeutischen Strategien integriert. Zusätzlich wird die Ohrakupunktur erfolgreich eingesetzt.

Therapiemaßnahmen in der ambulanten Behandlungsphase:

Abhängig von Zusatzqualifikationen der Mitarbeiter und inhaltlichen Schwerpunkten machen die Fachambulanzen unterschiedliche indikative Angebote.

Folgende Indikationsgruppen werden vorgehalten :

- Autogenes Training
- Progressive Muskelentspannung
- Kreativtherapie (therapeutisches Malen, Arbeit mit Handpuppen)
- Körperwahrnehmung und Bewegungstherapie
- Genusstraining
- Musiktherapie
- Gruppendynamische Intensivtage

8.6. Seelsorge

Die Beschäftigung des einzelnen Patienten während der Therapie mit sich selbst, seiner Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft führt ihn meist auch zu einer Auseinandersetzung mit Sinnfragen und Werten und damit auch zu der Grundfrage der eigenen Religiosität. Schuldgefühle durch das Erleben von Fehlern , Schwächen und Versagen begleiten einen Großteil der Patienten und stellen oft zusätzliche Belastungen dar.

In persönlichen Begegnungen, regelmäßigen Vorträgen, Gottesdiensten in der Gemeinde, Einzel- und Gruppengesprächen und Meditationsfeiern in der Entlassphase leistet der Klinikseelsorger wesentliche Hilfestellungen zur Sinnfindung und persönlichen Neuorientierung.

Der in der Klinik tätige Seelsorger hat zugleich einen Arbeitsauftrag in der Betreuung der Selbsthilfegruppen des Kreuzbundes und in der Begleitung und Gestaltung von Seminaren und Freizeiten als Angebot für ehemalige Patienten und deren Angehörige sowie zur Fortbildung der Gruppenleiter der Kreuzbundgruppen.

8.7. Allgemeine Sozialberatung

Sollten sich im Rahmen der kombinierten Rehabilitation Sucht („KoRS“) auch finanzielle oder berufliche Fragestellungen ergeben, so können entsprechende Sozialberatungen durchgeführt werden. Allerdings gehen wir bei der Indikationsgruppe der für die Behandlung vorgesehenen Patienten davon aus, dass Fragestellungen dieser Art sich nur bei wenigen Patienten ergeben werden.

Zielsetzungen und Maßnahmen in der stationären und ambulanten Behandlungsphase:

- Allgemeine finanzielle Beratung und Existenzsicherung
- Hilfestellung bei schwierigen Wohnverhältnissen
- Beratung bei Schuldenproblemen, im Einzelfall Schuldenregulierung
- Unterstützung bei Berufsförderungsfragen und Fragen der beruflichen Weiterentwicklung
- Hilfestellung bei arbeitsrechtlichen Problemstellungen
- Beratung und Hilfestellung bei finanziellen Fragen bezüglich der Leistungsträger

9. Rückfallbehandlung und Rückfallprophylaxe

Forschungsergebnisse der letzten Jahre zeigen, dass das frühere Verständnis des Rückfalls als Ausdruck von unkontrollierbarem Alkoholverlangen oder fehlender Krankheitseinsicht völlig unzureichend ist. Verhaltenstheoretische und systemische Rückfallmodelle machen deutlich, welche Situationen und Lebensereignisse am ehesten zu einer akuten Gefährdung der Abstinenz führen können. Jedes rückfällige Verhalten erfüllt eine Funktion, so dass eine genaue Analyse des Vorfalles wesentliche und neue Informationen erbringen kann. Im Umgang mit rückfälligem Verhalten sind moralisierende oder defizitorientierte Äußerungen unseres Erachtens eher schädlich, da sie weder Ressourcen fördern noch eine konstruktive Beziehungsgestaltung zum Patienten ermöglichen.

So kam es insgesamt zu einem Paradigmenwechsel, der verdeutlicht, dass in der Aufarbeitung rückfälligen Verhaltens wesentliche Ressourcen und Informationen für den weiteren Therapieprozess liegen (Körkel 1991 und 1988).

In der Behandlung von suchtmittelkranken Personen sind Rückfälle in jeder Behandlungsphase möglich. Sie machen eine sofortige Überprüfung des Behandlungssettings notwendig mit dem Ziel, das rückfällige Verhalten zu analysieren, zu stoppen und Bewältigungsstrategien zur Aufarbeitung des Rückfalls zu entwickeln. In jedem Fall ist es die zentrale Aufgabe des Rehabilitationsteams zu überprüfen, ob das aktuelle Setting modifiziert werden muss und inwieweit der Patient einen Auftrag zur Fortführung der Therapie mit verbindlichen Zieldefinitionen geben kann. Zum weiteren Verständnis unseres Rückfallkonzeptes und der daraus resultierenden individuellen Rückfalltherapie, verweisen wir auf die Behandlungsvorgaben der stationären und ambulanten Therapiekonzeptionen.

Für die Rückfallanalyse und –therapie ergeben sich für beide Behandlungsphasen folgende Zielsetzungen:

- Differenzierte Analyse der Rückfallsituation unter Einbezug der wesentlichen Bezugspersonen aus der Therapie und dem Umfeld
- Übernahme von Verantwortung für und Veröffentlichung des Rückfalls

- Förderung einer offenen und kritischen Selbstüberprüfung des Rückfalls durch den Patienten
- Erneute Formulierung von Zielvorgaben und notwendigen Handlungsschritten
- Überprüfung des aktuellen Therapiesettings und Erarbeitung notwendiger Modifizierungen

Darüber hinaus sind folgende Fragestellungen für die Rückfalltherapie zu klären:

- Welche Bedeutung hat der Rückfall für den Patienten?
- Was wurde bei der bisherigen Zielplanung und Zielsetzung unter Umständen übersehen oder nicht ausreichend gewürdigt?
- Wie ist das Tempo des Therapieprozesses einzuschätzen?
- Müssen dringend weitere Angehörige oder Bezugspersonen einbezogen werden?
- Sind Maßnahmen der verdichteten Kontrolle gegenwärtig und in naher Zukunft notwendig für die Fortführung des therapeutischen Prozesses?
- Ist eine Krisenintervention in einer Entgiftungseinrichtung notwendig?
- Muß die Therapie beendet werden und welche weiteren Maßnahmen scheinen jetzt vorrangig, hilfreich und zielfdienlich zu sein?
- Ist eine andere Therapieform indiziert?

Insbesondere im Rahmen des stationären Settings kommt es gelegentlich zu regelrechten Abspaltungen und Verleugnungen der individuellen Rückfallrisiken, so dass der **Rückfallprophylaxe** sowohl während der stationären als auch ambulanten Phase große Bedeutung zukommt. Die Therapiekonzepte und Vorgehensweisen müssen so vielfältig sein wie die zu den Rückfällen führenden Ereignisse. Dabei haben sich in den letzten Jahren zunehmend verhaltenstherapeutische Konzepte in Kombination mit Rollenspielen bewährt. Neben dem konkreten Ablehnungstraining, in dem sich die Patienten ganz bestimmten, von ihnen selbst erarbeiteten Risikosituationen konfrontieren, kann innerhalb der Gruppe gemeinsam an den typischen Risikosituationen wie z. B. negativen Gefühlszuständen wie Ärger, persönlichen Sorgen, sozialen Konflikten oder sozialen Verführungen gearbeitet werden. Die Gruppendynamik lässt hierbei ein Überprüfen der individuellen Vorgaben ebenso zu, wie sie gemeinsam die Suche nach alternativen Bewältigungsmöglichkeiten erarbeitet.

10. Qualitätssicherung

In Kenntnis des Qualitätssicherungsprogramms unseres Hauptbelegers, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, orientiert sich die Klinik an den Elementen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Dementsprechend unterziehen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den notwendigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Die Klinik Schloß Falkenhof sowie die mit ihr eng zusammenarbeitenden Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen und Fachambulanzen

sind an einer stetigen Optimierung des Leistungsprofils und der Therapiequalität interessiert. Regelmäßige Rückkopplungsgespräche durch monatliche Beratungsstellentreffen, enge Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern und interne und externe Supervision gewährleisten ein hohes Maß an Überprüfung der eigenen Tätigkeit.

Die umfangreiche Dokumentation des gesamten Therapieprozesses ist wichtig für die Beurteilung des Behandlungsverlaufs im Sinne einer internen Kontrolle der Regelmäßigkeit der Behandlung.

Als Mitglied des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“) ist die Klinik an der Basisdokumentation, der Einrichtungsdokumentation und der katamnestischen Erhebung nach einem Jahr und nach vier Jahren beteiligt (Sedos).

Die Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen und Fachambulanzen als Mitglieder im Verband ambulanter Beratungsstellen (VABS) sind ebenfalls zur Dokumentation (Ebis) und katamnestischen Erhebung verpflichtet.

In Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Suchtmedizin in Mannheim soll eine wissenschaftliche Begleitung des vorliegenden Therapiekonzeptes geprüft werden.

11. Wochenplan

- Kiefer, H. Die Zeit danach, 5. Aufl.
Baltmannsweiler: Schneider-Verlag
Hohengehren, 1998
- Körkel, J. Der Rückfall des Suchtkranken
Berlin, Heidelberg, 1988
- Körkel, J. (Hrsg.) Praxis der Rückfallbehandlung
Blaukreuz-Verlag Wuppertal, 1991
- Lindenmeyer, J., Bents, H., Fiegenbaum, W. & Ströhm, W. Psychologische Rückfallbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Vortrag gehalten auf dem 17. Kongress für Angewandte Psychologie, Friedrich Universität Bonn, 1993
- Lindenmeyer, J. Alkoholabhängigkeit
Verlag für Psychologie (Fortschritte der Psychotherapie, Bd.6), 1999
- Miller, S.D. Die Wunder-Methode
Berg I.K. Verlag modernes Lernen, Dortmund, 1997
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen Motivierende Gesprächsführung
Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen
Lambertus-Verlag Freiburg, 1999
- Petry J. Alkoholismustherapie
Psychologie Verlagsunion, 1996
- Rost, D. Psychoanalyse des Alkoholismus, Theorie, Diagnostik, Behandlung
Stuttgart, 1992
- Schiepek, G. Stellungnahme zum Fragenkatalog
„Psychotherapie-Verfahren“ in Ergänzung zum Antrag auf Anerkennung der systemischen Therapie als eigenständiges Verfahren, 1998
(unveröffentlicht)
- Schmidt, G. Systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie
Familiendynamik 10, 1995
- Schmidt, G. Sucht-„Krankheit“ und/oder Sucht(t)-Kompetenzen
In: K. Richelshagen, Süchte und Systeme
Lambertus-Verlag, 1992

- Schmidt, G. Drogentherapie aus systemischer Sicht
In: J. Rink, Zur Wirklichkeit der Abstinenz-abhängigkeit
Geesthacht: Neuland, 1995
- Schmidtbreich, A. Systemische Familientherapie in der ambulanten
Suchtkrankenhilfe. Eine Evaluationsstudie
Freiburg i.Br.: Lambertus, 1992
- Schüffel (Hrsg.) Handbuch der Salutogenese
Ullstein Medical, 1998
- Schuhler,P. Psychotherapeutische Behandlung von
Suchtmittelmissbrauch. In N.Broda, W.Senf (Hrsg.): Praxis
der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme 1997
- Schwäbisch, Lutz & Siems, M. Anleitung zum sozialen Lernen für Paare, Gruppen
und Erzieher – Kommunikations- und Verhaltenstraining
Rowohlt TB-Verlag GmbH, 1974
- Stierlin, H. Ich und die anderen
Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft
Klett-Cotta, 1994
- Stierlin, H. Individuation und Familie
Frankfurt, 1998
- Thomasius, R. Psychotherapie der Suchterkrankungen
Georg Thieme Verlag, 2000
- Villiez, v.T. Sucht und Familie
Heidelberg, 1986
- Weiss, T. Familientherapie ohne Familie
Kösel-Verlag, 1988
- Yalom, J.D. Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie
Pfeiffer-Verlag, 1989