

Therapiekonzept



Fachklinik „Am Birkenweg“

Tagesrehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen

Fachabteilung der Klinik „Schloß Falkenhof“

Klinik „Schloß Falkenhof“

Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen
Nibelungenstrasse 109
64625 Bensheim

Tel. 06251 102-0
Fax. 06251 102103
Email falkenhof@caritas-bergstrasse.de

Fachklinik „Am Birkenweg“

Tagesrehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen
Birkenweg 17
64295 Darmstadt

Tel. 06151 13037-0
Fax. 06151 1303710
Email tagesrehabilitation@caritas-darmstadt.de

Verantwortlich für das Konzept

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



Träger:
Caritasverband Darmstadt e.V.
Heinrichstrasse 32A
64283 Darmstadt

November 2005

Inhalt

1. Vorwort.....	4
2. Art der Einrichtung.....	5
3. Lage und Ausstattung der Einrichtung.....	5
4. Das medizinisch-therapeutische Team.....	5
5. Kooperation und Vernetzung.....	6
6. Intention einer Tagesrehabilitation	6
7. Schnittstellenoptimierung der Angebote.....	7
8. Angebotsprofile.....	9
9. Indikation und Gegenindikation.....	9
10. Indikationsempfehlungen im Überblick.....	11
11. Aufnahmebedingungen.....	13
12. Diagnostik und Qualitätssicherung.....	13
12.1 Diagnostik.....	13
12.2 Screening und Diagnostik der Suchtproblematik.....	13
12.3 Screening und Diagnostik der psychischen Problematik.....	13
12.4 Leistungsdiagnostik.....	14
12.5 Qualitätssicherung.....	15
13. Störungsmodell, Therapiekonzept und Therapieziele.....	15
14. Behandlungsangebote.....	17
14.1 Psychotherapie	17
14.2 Medizinische Versorgung.....	17
14.3 Rückfallprophylaxe (r95.4).....	18
14.4 Indikative Gruppen.....	18
14.5 Kunst- und Kreativtherapie in der Bezugsgruppe (s11).....	19
14.4 Sport und Bewegung.....	19
14.5 Entspannung, Körperwahrnehmung und Genuss.....	19
14.8 Arbeitsbezogene Rehabilitation.....	20
14.9 Sozialdienst.....	21
14.10 Freizeitpädagogik und Unternehmungen in der Therapiegemeinschaft	21
14.11 Plenum.....	21
14.12 Partner- , Familiengespräche und Angehörigenseminare.....	21
14.13 Hauswirtschaft und Ernährungsberatung.....	22
14.14 Informationsabende.....	22
14.15 Selbsthilfegruppenbesuche.....	22
15. Wochenplan.....	24
16. Adresse/Ansprechpartner/Telefon.....	25
17. Literatur.....	26
18. Anhang.....	30

1. Vorwort

Die Behandlung von Suchtkranken gelingt am besten in einer abgestimmten Abfolge von Maßnahmen zwischen Patient, Arzt, Beratungsstelle und Klinik. In den vergangenen Jahren wurden die Möglichkeiten zur Behandlung immer konsequenter an die Bedürfnisse des Patienten und seiner individuellen Fähigkeiten angepasst. In der Klinik Schloß Falkenhof haben wir neben den klassischen Behandlungsmodulen der Auffang-, Wiederholungs- und Erstbehandlung weitere Behandlungsmöglichkeiten geschaffen. Die ambulant-stationäre Kombi-Behandlung und die Adaptionsbehandlung bieten je nach den persönlichen und sozialen Hintergründen passgenaue Angebote. Die integrierte Behandlung von Drogenabhängigen stellt ein weiteres Therapiemodul dar. Diese Angebote im Verbund mit Fachambulanzen und Selbsthilfe können mit geringen Schnittstellenverlusten unbürokratisch ineinander greifen.

Mit der Eröffnung einer Tagesrehabilitation für suchtkranke Männer und Frauen wurde ein weiteres Behandlungsmodul im Verbund geschaffen. Am Standort Darmstadt und der Nähe zum dortigen Hauptbahnhof wird eine Einrichtung eröffnet, die für Suchtkranke nicht nur der Stadt, sondern für das gesamte Rhein-Main-Gebiet zur Verfügung steht.

Bedarfsanalysen und Ermutigungen des Rentenversicherungsträgers (BfA) und der psychiatrischen Kliniken, insbesondere der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des evangelischen Krankenhauses Elisabethenstift in Darmstadt, waren mit ausschlaggebend für diesen Schritt.

Unsere Wertschätzung in der frühen Planungsphase gilt Herrn Rudi Bonerz aber auch unseren Caritasdirektor Herrn Dr. Werner Veith.

Unser Dank zum Aufbau und zum Gelingen dieses Projektes gilt allen in der Planung und konzeptionellen Entwicklung Beteiligten, in der Gewissheit, mit diesem Behandlungsangebot einen weiteren Beitrag zur Optimierung der Angebote für suchtkranke Frauen und Männer geschaffen zu haben.

Darmstadt, November 2005

Dr. med. C. Schmid

2. Art der Einrichtung

Die Tagesrehabilitation ist eine Behandlungseinrichtung des Caritasverbandes Darmstadt für suchtmittelabhängige Frauen und Männer und bietet zunächst 8 (später 20) Behandlungsplätze verteilt auf zwei halboffene Therapiegruppen im Bezugstherapeutesystem (KTL r94). Es handelt sich um eine ganztägige multimodale intensive Entwöhnungsbehandlung mit der Möglichkeit, abends und an den Wochenenden in der vertrauten Lebenswelt zu verbleiben. Dadurch wird abstinentes Verhalten in einer realitätsnahen Umgebung mit all ihren Vor- und Nachteilen eingeübt und bestehende stützende soziale Systeme (z.B. Familie, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen) werden zeitgleich genutzt.

3. Lage und Ausstattung der Einrichtung

Die Tagesrehabilitation befindet sich in einer ehemaligen Arztvilla und liegt verkehrsgünstig im Zentrum von Darmstadt in der Nähe der Fachhochschule ca. 5 bis 10 Minuten mit dem Bus oder zu Fuß vom Hauptbahnhof entfernt. Sie ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und PKW aus dem gesamten Rhein-Main-Gebiet (Frankfurt, Wiesbaden, Mainz und Umland) in ca. 45 Minuten gut zu erreichen. Das voll sanierte freistehende Gebäude in einem Garten gelegen bietet auf 500 m² ein großzügiges Raumangebot:

- Empfangs- und Arztsekretariat
- 2 Gruppenräume für Gruppentherapie
- 4 Behandlungs- bzw. Therapieräume (Einzeltherapie) für Arzt und Therapeuten
- 1 Konferenzraum
- 1 Bewegungsraum für Gymnastik und Entspannung, der in den Pausen auch als Ruheraum genutzt werden kann
- komplett ausgestattete Lehrküche mit Essbereich und Aufenthaltsraum
- 1 Bibliothek und Gruppenraum mit 6 EDV-Arbeitsplätzen
- Duschen und abschließbare Spinde für Patienten
- großer Garten, Sonnenterrasse im ersten Stock
- Aufzug und barrierefreie Einrichtung
- bei entsprechenden Witterungsverhältnissen kann der direkt angrenzende Park für Spaziergänge, Sport und Bewegung genutzt werden

4. Das medizinisch-therapeutische Team

Die Zahl der Mitarbeiter ist zunächst ausgelegt für 6-8 Patienten:

- 1 Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapeutische Medizin (0,25)
- 1 approbierte Dipl.-Psychologin (0,5)
- 1 Sozialarbeiterin mit suchtttherapeutischer Zusatzausbildung (VDR) (0,65)
- 1 Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut (0,5)
- 1 Arzhelferin/Arztsekretärin (0,5),
- 1 Exam. Schwester im Tagdienst (0,3)
- 1 Hauswirtschafterin (0,2)
- 1 Kreativtherapeut (Honorarkraft 0,1)
- 1 Gymnastiklehrer/Sportlehrer (Honorarkraft 0,1)

Für die Belegung mit 20 Patienten sind zusätzlich geplant:

1 Sozialarbeiter mit suchtt therapeutischer Zusatzausbildung (VDR) (0,65) und die Aufstockung der vorhandenen Stellen

- des Facharztes auf 0,5
- des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf 0,8
- des Kreativtherapeut auf 0,2
- des Gymnastiklehrers/Sportlehrers auf 0,2
- einer Diätassistentin, 0,2

Es finden einmal wöchentlich ausführliche Fallkonferenzen statt, in denen Fragen der Diagnostik, der Indikation, der Behandlung, des Therapieverlaufs, der Supervision und der Kooperation, der Vernetzung sowie der kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit behandelt werden. Eine wöchentliche Supervision findet durch die ärztliche Fachaufsicht der Klinik Schloß Falkenhof statt. Darüber hinaus werden täglich Teambesprechungen abgehalten, um alltägliche Fragen zu klären. Eine ständige kollegiale Supervision ist durch den täglichen regelmäßigen Austausch gewährleistet. Die Fort- und Weiterbildung wird in Anlehnung an die geltenden Regelungen der Fachklinik Schloß Falkenhof durchgeführt.

5. Kooperation und Vernetzung

Die BfA Berlin ist Hauptbeleger der Tagesrehabilitation, ebenso werden wir von allen anderen Leistungsträgern wie den Landesversicherungsanstalten, allen Krankenkassen, Selbstzahlern und anderen Kostenträgern belegt. Mit allen vor und nach behandelnden Einrichtungen der Suchtberatung und Selbsthilfegruppen bestehen intensive Zusammenarbeit und Austausch, um für den Patienten eine optimale Therapie zu gestalten, die dem individuellen Therapieverlauf immer wieder angepasst werden kann. In kontinuierlichen Treffen, die von der Tagesrehabilitation initiiert werden, werden Fragen der entsprechenden Indikationsstellung für Patienten und die Eingliederung der Schnittstellen in den Behandlungsverlauf besprochen. In regelmäßigen Kontakten zu Vertretern der Leistungsträger, der Diakonie, der Caritas, den Gesundheitsämtern, der regionalen Suchtkrankenhilfe und durch die Teilnahme an regionalen Arbeitskreisen werden Fragen der Zusammenarbeit und der regionalen Versorgung erörtert. In diesem Kontext sind auch Kollegen der Entgiftungsstationen der örtlichen Kliniken mit eingebunden sowie die Vertreter von Selbsthilfeorganisationen. Darüber hinaus wird im sozialen und beruflichen Bereich eine enge Kooperation mit örtlich bereits vorhandenen Strukturen wie z.B. der Agentur für Arbeit, Job-Centern, dem Reha-Berater der BfA, der Schuldnerberatung des Caritasverbandes sowie den örtlichen Sozial- und Jugendämtern angestrebt, um Lösungswege für im Umfeld der Suchterkrankung entstandene Probleme direkt im Therapieverlauf gemeinsam mit den Patienten zu erarbeiten und erste Schritte zu initiieren.

6. Intention einer Tagesrehabilitation

Alle Ziele und Erwartungen im Rahmen der ambulanten Rehabilitation in teilstationärer Form zielen auf eine abstinente zufriedenstellende und sinnvolle Lebensgestaltung des Einzelnen in seinen Lebensbezügen und auf die Erhaltung oder Reaktivierung der Erwerbsfähigkeit ab (Schallenberg, 2000).

Was kann eine ambulante Rehabilitation in teilstationärer Form in einer kleinen Einheit von 20 Plätzen leisten und wie unterscheidet sie sich vom bereits bestehenden Angebot im regionalen Verbund der Suchtkrankenhilfe? Für welche Patienten ist sie überhaupt geeignet?

Die Entwicklung in der Behandlung suchtmittelabhängiger Patienten zeigt in den letzten Jahren einen Trend zu mehr rein ambulanten und zu ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in teilstationärer Form und zur Verkürzung vollstationärer Behandlungszeiten. Diese Entwicklung leitet sich zum einen aus Erkenntnissen der Suchttherapie ab, indem die medizinische Rehabilitation Suchtkranker durch diese teilstationäre Ergänzung insgesamt mehr ausdifferenziert wird. Um der Vielschichtigkeit des Erkrankungsbildes Rechnung zu tragen und unserem ganzheitlichen Ansatz bei der Behandlung von Suchtkranken zu folgen, erfordert die Behandlung ein individuelles Vorgehen. Jeder Patient hat unterschiedliche soziale Ressourcen, die nach Grawe (1998) als eine der wichtigsten Wirkgrößen in der Psychotherapie gesehen werden. Je nach Entwicklungsstand eines Patienten innerhalb der Therapie können diese in unterschiedlicher Form mit einbezogen werden. Diese Entwicklung macht eine unterschiedliche Form von Therapieangeboten notwendig. Die Tagesrehabilitation für Suchtmittelabhängige erlaubt darüber hinaus ein Verbleiben des Patienten in seinem vertrauten familiären und sozialen Umfeld. Dies kann im Setting einer Tagesrehabilitation als wichtige Ressource im Therapieverlauf nutzbar gemacht werden. Dadurch gewinnt die Behandlungsform auch für eine Reihe von Patientengruppen an Attraktivität, die insbesondere aus familiären Gründen keine längere Abwesenheit von zu Hause realisieren können. Für viele ist die Hemmschwelle, sich in eine Behandlung zu begeben, durch den Verbleib am Wohnort deutlich niedriger. Dies entspricht im weiteren Sinne unserem Grundsatz der Schnittstellenoptimierung (siehe 7.). Durch diese aufsuchende Arbeit gelingt es somit die Patienten besser und früher in ihrer Krankheitsentwicklung erreichen zu können.

Zum anderen spielen aber auch ökonomische Gesichtspunkte und gesellschaftliche Veränderungen eine Rolle. Gesundheits- und Sozialleistungen werden gekürzt. Der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit stellen einen bedeutsamen Aspekt in der Behandlung dar. Kosten und Therapienutzen werden optimiert, u.a. dadurch, dass mit örtlichen Strukturen eng zusammengearbeitet wird. Diese können für die Stabilisierung des Patienten von ihm schon während der Behandlung genutzt werden. Durch die **therapeutisch sinnvolle Kombination von allen Rehabilitationsangeboten** lassen sich die Behandlungszeiten und -formen flexibler dem individuellen Therapieprozess anpassen.

7. Schnittstellenoptimierung der Angebote

In der Behandlung und Rehabilitation von Suchtkranken stellt die Tageseinrichtung in der Rhein-Main-Region ein bisher fehlendes Segment in der Angebotspalette von ambulanten oder stationären Kurz- oder Langzeitbehandlungen dar. Durch die Einbettung in die Rahmenbedingungen des Caritas-Verbunds der Suchtkrankenhilfe schaffen wir eine optimale Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen und gewährleisten die Transparenz im Behandlungsverbund:

Das stationäre Angebot der Klinik Schloß Falkenhof umfasst individualisierte, mittelfristige Entwöhnungsbehandlungen (12 – 16 Wochen), langfristige Behandlungen von drogenabhängigen Patienten (16 – 26 Wochen), 6wöchige kombinierte Reha-Suchtbehandlungen (KoRS) sowie Auffang- bzw. Wiederholungsbehandlungen (6 – 10 Wochen) und teilstationären Entlassphasen von 1 bis 4 Wochen für Patienten mit

entsprechender Wohnortnähe nach einer angemessenen stationären Therapie (Konzept der Klinik Schloß Falkenhof, Schmid & Reichel, 2005).

In den zahlreichen Caritas-Fachambulanzen und psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen der Region, zu denen intensive persönliche Kontakte bestehen, werden Beratungen und Vorbereitungen für Entwöhnungsbehandlungen und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt sowie Nachsorgeangebote gestellt. Durch einrichtungsübergreifende Konferenzen, gemeinsame Mitarbeiter und Teams sowie persönliche Kontakte zwischen den Behandlern entsteht eine Vernetzung der ambulanten, stationären und teilstationären Maßnahmen, die bereits bei der Indikationsstellung und im weiteren Therapieverlauf für eine optimale Anpassung an die Entwicklung und Erfordernisse des Patienten genutzt werden kann. Dies ermöglicht eine indikationsgeleitete Aufgabenteilung und die Bereitstellung spezifischer Angebotsprofile. Stellt sich z.B. bei einer ambulanten Patientin im Verlauf der Rehabilitation heraus, dass sie für ihre Entscheidung, abstinenz zu leben, zeitweise einen schützenden und strukturierten Therapierahmen und engmaschigere Behandlung benötigt (*Krisenintervention*), so kann sie ohne großen Aufwand für einige Zeit in die Tagesrehabilitation wechseln, um anschließend nach ausreichender Stabilisierung die ambulante Therapie weiter zu führen. Es kann direkt und schnell reagiert und gehandelt werden, so wie es für die Patientin und ihren individuellen Therapieprozess am sinnvollsten ist. Ein anderes Beispiel könnte ein Patient der Klinik Schloß Falkenhof sein, dessen stationäre Behandlung verkürzt wird, einerseits weil es therapeutisch sinnvoll erscheint, andererseits um arbeitsrehabilitative Maßnahmen zu intensivieren. Dieser Patient wird ein entsprechendes Angebot in der Tagesrehabilitation finden.

Unter Nutzung der einzelnen Behandlungsmodule im Verbund und dem Einbezug der Schnittstellen kann so die optimale Therapie, angepasst an die Bedürfnisse des Patienten und an mögliche Veränderungen im Therapieprozess, angeboten werden. Persönliche Kontakte gewährleisten die Durchsichtigkeit im Behandlungsverbund und ermöglichen – nach Vorliegen der Kostenzusage des Rentenversicherungsträgers – nahtlose Wechsel. Dem Patienten wird damit der Übergang von einer Maßnahme in die andere erleichtert..

Häufig werden erst im Behandlungsverlauf therapeutisch relevante Sachverhalte sichtbar, die eine Optimierung der Behandlungsstrategie, z.B. einen Wechsel in die Tagesrehabilitation nahe legen. Daher fordern Zemlin et al. (2002), dass ein Wechsel zwischen den drei Behandlungsformen (ambulant, teilstationär und stationär) konzeptuell angelegt und praktisch möglich sein soll. Dies wird mit unserem Verbund und der beschriebenen Vernetzung erfüllt. Eine weitere Schnittstellenoptimierung findet in der Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Klinik des Elisabethenstifts in Darmstadt statt. Hier kann eine notwendige Entgiftung auch im Falle eines Rückfalls während des Aufenthalts in der Tagesrehabilitation direkt durchgeführt werden, so dass bei adäquater Bearbeitung des Rückfalls die Rehabilitation fortgesetzt werden kann.

Durch Informationsvermittlung an die Psychiatrien im gesamten Rhein-Main-Gebiet wird eine aufsuchende Arbeit gewährleistet. Einen besonderen Schwerpunkt setzen wir auf die *Vorgespräche*, die wir jedem Patienten und jeder Patientin in der Tagesrehabilitation anbieten. Insbesondere Patientinnen mit Familie brauchen gemeinsam mit ihrem Partner eine gezielte Information über die Möglichkeiten der Tagesrehabilitation und darüber, welche Auswirkungen diese auf das familiäre Zusammenleben haben kann. Einerseits wird es von vielen Patientinnen als Vorteil gesehen, dass sie zu Hause bleiben können, um die Familie zu versorgen. Andererseits ist dieser Um-

stand mit einer Doppelbelastung verbunden, die gemeinsam mit der Familie und dem Partner *vor* Therapiebeginn erörtert werden sollte, um Lösungsstrategien und Entlastungsmöglichkeiten zu thematisieren.

8. Angebotsprofile

Angebotsprofil I - Die Hauptbehandlung der ambulanten Rehabilitation in teilstationärer Form (12 Wochen): Schwerpunkte sind der Aufbau von Verhaltensänderungen für eine abstinenten Lebensführung, Bewältigung von Rückfallgefährdungen, Sicherung der Erwerbsfähigkeit durch Verhaltenskompetenzen und Klärung von Problemen am Arbeitsplatz, Vertiefung von Behandlungsschwerpunkten wie z.B. Stressbewältigung, Umgang mit belastenden Gefühlen, Aufbau sozialer Kompetenzen, kontinuierliche Einbeziehung des Partners, der Familie und weiteren Angehörigen, die eine wichtige Ressource im Therapieprozess darstellen (Paartherapie, Angehörigenseminare), abgestufte Rückführung an den Arbeitsplatz, Aufbau sozialer Unterstützung, Anbindung an eine Selbsthilfegruppe und Aufbau alternativer Freizeitgestaltung.

Angebotsprofil II - Die Initialbehandlung (4-8 Wochen): Sie ist als Anfangsphase einer Gesamtbehandlung im ambulanten Setting gedacht. Schwerpunkte sind hier die Informationsvermittlung über Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung, Analyse des Suchtverhaltens, Aufbau und Motivierung zu abstinenten Lebensführung, Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft, Diagnostik u. Differenzialdiagnostik sozialmedizinisch und therapeutisch relevanter Begleit- und Folgeerkrankungen. Zum Beispiel wäre bei einer Dauer von 4 Wochen eine anschließende ambulante Rehabilitation von bis zu 12 Monaten sinnvoll. Vergleichsweise wären nach 8 Wochen 6 Monate ambulante Behandlung ausreichend.

Angebotsprofil III - Die ambulante Fortsetzung einer stationären Rehabilitation in einer teilstationären Form (mind. 4 Wochen, d.h. vorher 8 Wochen stationär). Sie hat als Schwerpunkte die Fortführung der stationären Zielbereiche unter Nutzung familiärer und sozialer Ressourcen sowie die Exposition im realen Lebensumfeld und die Testung und Konsolidierung von erarbeiteten Verhaltensänderungen unter realen Alltagsbedingungen. Im Mittelpunkt stehen die Auseinandersetzung mit Rückfallgefährdungen, die Arbeitsuche oder die Arbeitswiederaufnahme im alten Betrieb, der Aufbau sozialer Stützsysteme und Freizeitgestaltung ohne Suchtmittel sowie die Einbeziehung der Familiensituation. Um die Einbindung in die Gruppe zu gewährleisten, wird eine mindestens 4wöchige Behandlung als sinnvoll erachtet.

9. Indikation und Gegenindikation

Behandelt werden Frauen und Männer, die von folgenden Substanzen abhängig sind: Alkohol, Medikamente und illegale Drogen.

Da wir – unter der Beachtung der allgemeinen Indikationen – davon ausgehen, dass wir in der Tagesrehabilitation analog unserer Erfahrungen in der Klinik Schloß Falkenhof einen Anteil von 15 – 20 % drogenabhängiger Patienten haben, werden wir diese Menschen in das reguläre Therapieprogramm integrieren. In der Regel können 2-3 Patienten mit einer Drogenabhängigkeit in eine Gruppe integriert werden. Damit kann bereits während der rehabilitativen Phase dem Entstehen bzw. der Aufrecht-

erhaltung von Subkulturen entgegengewirkt werden. Drogenspezifische Themen können in der Einzeltherapie bearbeitet werden.

Unsere langjährigen Erfahrungen im stationären Bereich belegen, dass eine Unterteilung der Patientengruppen in Alkohol- und Drogenkonsumenten nicht zielführend ist. In den Therapiezielen ist die Divergenz zu alkoholabhängigen Patienten nur marginal. Die unterschiedlichen Patientengruppen können voneinander profitieren. Die Gruppe verfügt über eine Vielfalt von Persönlichkeiten mit unterschiedlichen Fähigkeiten und den daraus resultierenden Rollenzuschreibungen, die verschiedenste Veränderungsprozesse in Gang setzen können. Bezüglich der Ressourcen der integrierten Behandlung und der spezifischen Therapieziele vergleichen Sie auch Kapitel 4.3 und 4.4 im Ergänzungskonzept für die Behandlung drogenabhängiger Patienten der Klinik Schloß Falkenhof.

Die *allgemeine Indikation* bezieht sich auf die ICD10-Diagnosen:

- **Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch eines Suchtmittels (F1)** sowie auf
- psychische Störungen und somatische Begleiterscheinungen.

Hierunter fallen keine Intoxikationssymptome und keine Entzugserscheinungen. Eine qualifizierte Entgiftung *muss vorher abgeschlossen* sein. Für Drogenpatienten gelten darüber hinaus dieselben erweiterten Indikationskriterien, die für die Aufnahme in die Klinik Schloß Falkenhof gültig sind. Sie finden Sie im „*Ergänzungskonzept für die Behandlung drogenabhängiger Patienten in der Klinik Schloß Falkenhof, Kap. 4.1*“. Darüber hinaus werden auch psychische Störungen im Sinne von Doppeldiagnosen (Moggi & Donati, 2004) wie:

- **affektive (F3), neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen (F4), psychotische Störungen** im nicht produktiven Stadium (F2) sowie
- **Persönlichkeitsstörungen (F60 und F61)** behandelt, sofern die Hauptdiagnose Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch lautet.

Die selektive Indikation wird vom Leistungsträger auf Antrag der Beratungsstelle gestellt. Für die ambulante Rehabilitation in teilstationärer Form gelten folgende zusätzliche Kriterien:

- Ausreichende Selbstkontrollfähigkeit sollte vorhanden sein, so dass der Patient Abende und Wochenenden allein verbringen kann.
- Folgeprobleme sollten vom Patienten z.B. mittels anschließender ambulanter Nachbetreuung zu bewältigen sein.
- Lebensumstände, die die Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Personen beinhalten oder Alleinerziehende (die Betreuung der Kinder oder pflegebedürftigen Personen muss *tagsüber* geregelt sein) sowie ältere Menschen, die gemeindenah behandelt werden sollten. Speziell Mütter von Kleinkindern, für die eine längere Abwesenheit von zu Hause nicht vorstellbar ist, werden hierdurch angesprochen
- Partner, wichtige Bezugspersonen und familiäres Umfeld sollten als wichtige Ressource mit einbezogen werden können.
- Konkrete Initiativen zur Arbeitsuche vor Ort oder Klärung arbeitsplatzbezogener Probleme, Arbeitserprobungen können in die Behandlung integriert werden.

- Es sollte eine möglichst stabile Wohnsituation in einem abstinenten Umfeld vorhanden sein, d.h. der Patient sollte nicht in einer Notunterkunft leben.
- Es besteht eine Bereitschaft zum Aufbau eines Beratungssystems außerhalb der Tagesrehabilitation.
- Es ist keine Adaptionsbehandlung notwendig.

Gegenindikationen sind:

- Organische Störungen, wie z.B. Demenzen (F00, F01)
- Schizophrenie (F20), wahnhafte Störungen (F22) und andere psychotische Störungen (F23-F29) im produktiven Stadium
- erhebliche Intelligenzminderung (F7)
- akute Suizidalität
- körperliche Erkrankungen, die eine regelmäßige Teilnahme an der Therapie beeinträchtigen.

Da die Tagesrehabilitation im Verbund der Suchtkrankenhilfe eine Erweiterung des Angebots darstellt, können und wollen wir keine schematischen Indikationsabläufe festlegen, sondern eine Orientierungshilfe bieten. Oberstes Ziel sollte immer die Optimierung und Anpassung der Therapie an die aktuelle Entwicklung und Bedürfnisse des Patienten sein, um im Ergebnis einen optimalen Therapieerfolg unter inhaltlichen und ökonomischen Gesichtspunkten zu erreichen. Dazu gehört ebenfalls, dass wir im Sinne der genannten Schnittstellenoptimierung die Indikationskriterien und -abläufe im ständigen Dialog mit unseren genannten Partnern, den Rentenversicherungsträgern und ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen, überprüfen und anpassen.

10. Indikationsempfehlungen im Überblick

<i>Schwere der Abhängigkeit</i>	Keine weit fortgeschrittene Chronifizierung der Suchterkrankung und der damit verbundenen Folgeschäden.
<i>Abstinenzfähigkeit, Selbstkontrollfähigkeit und Bewältigungskompetenzen</i>	Die Abstinenzfähigkeit ist ausreichend, d.h., dass der Patient außerhalb der Tagesrehabilitation und ihrem Behandlungsrahmen ohne Suchtmittel auskommt. Er verfügt über ausreichend Problemlöse- und Konfliktbewältigungsfähigkeiten bzw. es sollten Möglichkeiten der adäquaten Kompensation vorhanden sein, um Alltagsbelastungen mit Unterstützung der Behandlung bewältigen zu können.
<i>Körperliche Erkrankungen</i>	Körperliche Erkrankungen können ambulant behandelt werden und schließen eine regelmäßige Teilnahme nicht aus.

<i>Soziales Umfeld</i>	Das Umfeld wirkt nicht aufrechterhaltend für das Suchtverhalten. Eine unterstützende Bezugsperson ist vorhanden und erreichbar. Sie/ er lässt sich umfassend in die Behandlung mit einbeziehen. Zum bisherigen Suchtmilieu lässt sich kurzfristig eine Distanz herstellen.
<i>Berufliche Situation</i>	Während der Behandlung sind die Analyse und Lösung bestehender beruflicher Probleme am Arbeitsplatz möglich. Bei Arbeitslosigkeit sind die Klärung beruflicher Perspektiven, eine eventuelle Neuorientierung und regionale Arbeitssuche möglich. Es ist keine Adaptionsbehandlung notwendig.
<i>Wohnsituation</i>	Die Wohnsituation ist vorläufig stabil, der Patient lebt nicht in einer Notunterkunft.
<i>Soziale Probleme</i>	Soziale Probleme sind mit den Ressourcen der Tagesrehabilitation behandelbar.
<i>Einsicht</i>	Der Patient hat ansatzweise Einsicht in funktionale Zusammenhänge seiner Suchterkrankung.
<i>Änderungsbereitschaft</i>	Patient hat erste konkrete Änderungsziele.
<i>Behandlungsmotivation</i>	Patient ist einverstanden mit dem Setting der Behandlung in einer Tagesrehabilitation und zuversichtlich seine Ziele in diesem Setting zu erreichen.
<i>Behandlungsvorerfahrung</i>	Die ambulante Rehabilitation in teilstationärer Form ist eine Erstbehandlung oder ergibt sich aus einer ambulanten bzw. stationären Rehabilitation. Sie ist eine Zweitbehandlung nach teilweise erfolgreicher stationärer oder ambulanter Erstbehandlung in der Vorgeschichte.

11. Aufnahmebedingungen

Gemeinsam mit der örtlichen Fachambulanz und in einem Vorgespräch in der Tagesrehabilitation werden die Indikationskriterien geklärt. Gleichzeitig wird ein Sozialbericht erstellt. Die Kostenzusage des Leistungsträgers sowie aktuelle medizinische Befunde müssen vorliegen.

- Wenn eine Initialbehandlung beantragt wird, sollte eine Integration in eine ambulante Rehabilitation bestehen.
- Der Patient muss frei von Suchtmitteln und Entzugserscheinungen sein.
- Eine eventuell notwendige Entgiftung sollte vorher abgeschlossen sein.
- Die Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln dauert nicht länger als eine Stunde pro Wegstrecke.
- Der Patient muss mit seinen Unterlagen einen Fragebogen zur Vorbereitung des Aufnahmegesprächs ausgefüllt eingereicht haben (s. Anhang).

12. Diagnostik und Qualitätssicherung

12.1 Diagnostik

Eine *Standarddiagnostik* wird bei jedem Patienten zu Beginn und zum Ende der Therapie durchgeführt. Anhand der Ergebnisse werden Therapieplanung, -ziele und Abschluss mit dem Patienten gemeinsam erörtert. Folgende Tests werden in der Tagesrehabilitation verwendet:

12.2 Screening und Diagnostik der Suchtproblematik

- *TAI - Trierer Alkoholismus Inventar* von Funke et al. (1987) ermöglicht die Beschreibung spezifischer Alkoholprobleme eines Patienten anhand folgender sieben Dimensionen: Schweregrad, Soziales Trinken, Süchtiges Trinken, Motive, Schädigung, Partnerprobleme wegen des Trinkens, Trinken wegen Partnerproblemen. Die Fragen beziehen sich auf den Alkoholkonsum der letzten 6 Monate.
- *KAZ 35 - Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht* von Körkel & Schindler (1996) dient der Erfassung der Zuversicht von Alkoholabhängigen Rückfallsituationen abstinenter bewältigen zu können. Die Auswertung der Skalen ermöglicht die Erstellung eines Zuversichtprofils in Bezug auf die vier Subskalen: unangenehme Gefühle, Austesten eigener Kontrollmöglichkeiten, sozialer Druck, angenehme Gefühle.
- *SKID1 – Strukturiertes klinisches Interview*, von Wittchen et al. (1997) dient der Erfassung der Teilbereiche Sucht und anderer psychischer Störungen. Das SKID ist zum Screening und zur ausführlichen Diagnostik v.a. für Patienten mit Doppeldiagnosen zu empfehlen. Es erlaubt eine Einstufung des Schweregrades der Störung, gibt Daten zur Chronologie und zum Remissionsstatus des Patienten und untersucht differenzialdiagnostisch relevante Angaben zu substanzinduzierten Störungen und Doppeldiagnosen.

12.3 Screening und Diagnostik der psychischen Problematik

Allgemeine Verfahren

- *SCL90R – Symptom-Checkliste* von Derogatis in der deutschen Version von Franke (2002). 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.
- *Fragebogen zur Lebensgeschichte* in Anlehnung an FLG von Schmelzer & Trips (1986). Hier beantwortet der Patient schriftlich offene Fragen zu verschiedenen Bereichen seiner persönlichen Lerngeschichte, u.a. zur Herkunftsfamilie und zur eigenen Familie, zur persönlichen Lebens- und Berufssituation, zum persönlichen Erklärungsmodell in Bezug auf die Erkrankung, zur Suchtgeschichte, zu persönlichen Ressourcen und geplanten Therapiezielen.

Störungsspezifische Tests

- *BDI - Das Beck Depressionsinventar*, deutsche Version von Hautzinger et al. (1995), ist das gebräuchlichste Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrads einer depressiven Symptomatik. Es ist auch gut für die Beurteilung des Behandlungsverlaufs und –erfolgs geeignet.
- *AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* (Scharschmidt & Fischer, 1996). Es wird im Rahmen gesundheits- und arbeitspsychologischer Fragestellungen eingesetzt. Dieses mehrdimensionale persönlichkeits-diagnostische Verfahren differenziert Selbsteinschätzungen zum Verhalten und Erleben in Bezug auf Arbeit und Beruf.

12.4 Leistungsdiagnostik

Für die Leistungsdiagnostik bei individuellen Fragestellungen in Bezug auf die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit soll folgende Testbatterie zum Einsatz kommen:

- *MWTB - Mehrfachwahl-Wortschatztest* dient der Messung des allgemeinen Intelligenzniveaus nach einem einfachen und zuverlässigen Schema.
- *TMT - Trailmakingtest* von Reitan (1979) ist ein Speedtest mit Konzentration. Symbole wie Zahlen und Buchstaben sollen erkannt und auf Zeit in bestimmte Reihenfolgen gebracht werden und misst die Flexibilität und Umstellfähigkeit.
- Mosaik- und Zahlensymboltest aus dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE-R, 1991) dienen der Untersuchung von Leistungseinschränkungen im Bereich räumliches Vorstellungsvermögen und Konzentration.
- D2 ist ein Durchstreichetest, der Tempo und Sorgfalt des Arbeitsverhaltens bei der Unterscheidung ähnlicher visueller Reize (Detaildiskrimination) misst. Er ermöglicht die Beurteilung individueller Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen.
- Benton-Test ist ein neuropsychologisches Verfahren, dass die Leistung des unmittelbaren Behaltens für räumlich-visuelle Stimuli überprüft.

12.5 Qualitätssicherung

Im Wissen um das Qualitätssicherungsprogramm der BfA haben wir uns bemüht, den Anforderungen einer angemessenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch im Bereich der teilstationären Rehabilitation Rechnung zu tragen. In Bezug auf das interne Qualitätsmanagement werden wir in Analogie zu der bereits nach DIN ISO 9001 zertifizierten Klinik Schloß Falkenhof und der sich gegenwärtig im Qualitätssicherungsprozess befindenden Adaptionseinrichtung in Heppenheim auch die Fachklinik „Am Birkenweg“ zeitnah diesem Qualitätsmanagement unterziehen. Neben einer Ebis-Dokumentation werden Patientenbefragungen durchgeführt und monatlich ausgewertet.

13. Störungsmodell, Therapiekonzept und Therapieziele

Suchtmittelabhängigkeit ist nach unserem Verständnis eine eigenständige Erkrankung, deren Vielschichtigkeit nur durch eine multifaktorielle Betrachtungsweise erfasst werden kann. Die Basis hierfür ist der *bio-psycho-soziale Ansatz*, in dem psychische, soziale und biochemisch-körperliche Faktoren in einem funktionalen Zusammenhang stehen (Lindemeyer, 1999). In einer von uns angestrebten *ganzheitlichen Behandlung* müssen diese Faktoren in ihrer Bedeutung für den Einzelnen, aber auch in ihrer Interaktion erfasst und in der Therapie berücksichtigt werden. Allgemein kann Suchterkrankung als Ausdruck einer tiefen Selbstwertkrise verstanden werden, in der die Handlungskompetenz erheblich eingeschränkt ist. Die Selbstregulationsfähigkeit gegenüber dem Suchtmittel ist nicht mehr vorhanden. Damit einher gehen Störungen auf der Ebene des Erlebens und Verhaltens, der sozialen Beziehungen sowie der körperlichen Funktionen. Die Behandlung muss also auf mehreren Ebenen erfolgen.

Das *sozial-kognitive Modell* nach Marlatt (1985) spielt eine entscheidende Rolle für Entwicklung, Aufrechterhaltung und Behandlung der Abhängigkeitserkrankung. Sie findet im Rückfallpräventionsmodell von Petry (1994) und Altmannsberger (2004) ihre Anwendung und erklärt im Paradigma der Selbstregulation Phänomene der Substanzstörung wie *Toleranzerhöhung, Kontrollverlust und Rückfall* (s. a. Kap. 14.2). Suchtverhalten wird als Bestandteil der psychosozialen Sozialisation erlernt und wird als automatisiertes Gewohnheitsmuster etabliert. In diese individuelle Lerngeschichte fließen Vorbilder aus Familie, der sozialen Bezugsgruppe und der Öffentlichkeit (Werbung) mit ein und führen zur Ausprägung von bestimmten Erwartungen und Überzeugungen, wie man am besten mit bestimmten Situationen umgehen kann. Kann man in seiner Umgebung beobachten, dass Alkohol und Drogen entspannter und mutiger machen, Stress leichter ertragen lassen und dazu beitragen, dass man sozial akzeptiert wird, so werden positive Wirksamkeitserwartungen an das Suchtmittel modelliert (Bandura, 1977, 1986). Alternative Bewältigungsformen treten mehr und mehr in den Hintergrund.

Die individuelle Verstärker Geschichte bestimmt weiterhin die qualitative und quantitative Ausprägung des Suchtverhaltens sowie auch die biphasischen Wirkungen von Suchtmitteln, die sowohl anregend und stimulierend als auch beruhigend und dämpfend sein können. So wird das Suchtmittel funktional eingesetzt und die gewünschten positiven Effekte werden im Sinne klassischer Konditionierung verstärkt und gefestigt. Die biologische Disposition spielt hierbei eine entscheidende Rolle, aber auch Defizite der sozialen Kompetenz oder gering ausgeprägte Kompeten-

zerwartungen. Es besteht eine individuelle Vulnerabilität. Unsere Sichtweise des sozial-kognitiven Modells steht im Gegensatz zu einem reinen Krankheitsmodell, in dem der Patient (lat.: der Erduldende) einer „Behandlung unterzogen wird“, die eine abhängige Sichtweise und Haltung des Ausgeliefertseins eher fördert. Natürlich wird auch im Selbstkontrollmodell der Betroffene teilweise entlastet, übernimmt jedoch im Prozess der Verhaltensänderung die Hauptrolle. Im Sinne des *Selbstmanagementansatzes* nach Kanfer et al. (1996) wird der Patient bei der persönlichen Entscheidung über den Ausstieg aus der Sucht und die selbstverantwortliche Gestaltung seiner Zukunft unterstützt und gefördert. Es geht darum, dass er sein zukünftiges Verhalten unter Kontrolle bringt und neue positive und „gesunde“ Verhaltensweisen im Umgang mit Problemen aufbaut. Die Therapie ist ein zeitlich begrenzter Lernprozess, in dem der Patient seine Selbststeuerungsfähigkeit wiedererlangt und damit ein eigenverantwortliches, selbst kontrolliertes und autonomes Leben führt.

Entscheidend für die therapeutischen Interventionen bei Suchtkranken ist daher, nicht die pathologischen Anteile in den Vordergrund zu stellen, sondern von bisherigen Problemlösungsversuchen zu sprechen, die langfristig jedoch nicht die gewünschten Effekte brachten. Hier werden die zahllosen Versuche der Selbstheilung gewürdigt, was die Übernahme der Selbstverantwortung und die Therapiemotivation stärkt. Neben der Analyse bisherigen Verhaltens wird im Sinne der Salutogenese ergründet, welche Maßnahmen und Verhaltensweisen ein gesundes Leben fördern. Durch verschiedene lösungsorientierte Interventionen werden persönliche Bewältigungsmöglichkeiten, die teilweise blockiert waren, wieder entdeckt oder ganz neu aufgebaut, sodass die Ressourcen des Patienten genutzt werden. Durch Fokussierung symptomfreier Zeiten werden neue Sichtweisen und Verhaltensmöglichkeiten entwickelt. Dieser Zugang zu den persönlichen Ressourcen der Konflikt- und Auseinandersetzungsfähigkeit vermittelt eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit. Dafür ist es wichtig, dass eine *genaue Auftrags- und Zieldefinition* zu Beginn der Therapie festgelegt wird, die anhand einer Zielerreichungsskala GAS (Kiresuk & Lund, 1979) regelmäßig während des Prozesses und zum Ende der Therapie überprüft wird.

Eine Besonderheit in der therapeutischen Beziehung mit Suchtkranken ist die *Gleichzeitigkeit von Empathie und sozialer Kontrolle*. Diese Doppelposition wird dem Patienten gegenüber definiert, damit in kritischen Situationen eine Klärung durch Kontrollmaßnahmen möglich wird, ohne die therapeutische Beziehung durch Vertrauensbruch oder irreparable Kränkung zu gefährden. Insgesamt ist unsere Grundhaltung von Wertschätzung und Achtung der uns anvertrauten Patienten geprägt, im Glauben, dass die wesentlichen Lösungskompetenzen im Patienten selbst liegen. Weiterhin sind Nächstenliebe und Toleranz Ausdruck des christlichen Menschenbildes und unseres caritativen Auftrags.

Als *Therapieziele* verfolgen wir grundsätzlich die Wiederherstellung der psychischen und körperlichen Stabilität als Voraussetzung für die Wiederherstellung oder Sicherung der Erwerbsfähigkeit. Dadurch soll es dem Patienten gelingen, mit seinen sozialen, psychischen und körperlichen Problemen konstruktiv umzugehen. Ziel – und nicht unmittelbare Voraussetzung bei Abhängigkeitserkrankungen – ist hierfür die Einsicht und Entscheidung für eine selbstverantwortliche Lebensgestaltung ohne Suchtmittel. Daraus lassen sich folgende allgemeine Behandlungsziele ableiten: Besserung der somatischen und psychosozialen Beschwerden, Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Vermittlung von Wissen und Techniken. Ausführliche Inhalte siehe auch Kapitel 14 Behandlungsangebote.

Das Therapiekonzept der Tagesrehabilitation lehnt sich an die Konzeption der Klinik Schloß Falkenhof (Schmid & Reichel, 2005) sowie an dessen Ergänzungskonzept für drogenabhängige Patienten (Schmid, 2003) an.

14. Behandlungsangebote

Das Therapieprogramm beinhaltet im Einzelnen:

14.1 Psychotherapie

Gruppen (KTLr34)- und regelmäßige Einzeltherapie (KTLr33)

Ein wesentlicher Bestandteil ist die regelmäßige Therapie in einer festen Bezugsgruppe, die viermal wöchentlich stattfindet. Die Gruppengröße liegt zwischen 8 und 12 Patienten. Gruppen sind besonders gut geeignet eigenes Rollenverhalten im aktiven Verhalten zu erleben, zu betrachten, zu reflektieren und im geschützten Rahmen neue Verhaltensweisen auszuprobieren (Fiedler, 1999; Yalom, 1989). In der Gruppe erlebt der Patient Parallelen zu seinen Rollen in seinem sonstigen sozialen und familiären Umfeld. Neben der Motivation und Gestaltung eines suchtmittelfreien Lebens sind das Wiedererlangen oder der Aufbau von Selbstsicherheit und die Analyse des sozialen Beziehungsnetzes und der Abhängigkeitsentwicklung der Patienten wichtige Ziele. Es werden alternative Bewältigungsstrategien im Umgang mit Frustration, Ärger und Konflikten erarbeitet. Da die Patienten in ihrer häuslichen Umgebung bleiben, können diese unter realistischen Bedingungen täglich erprobt und dauerhaft eingeübt werden. Jeder Patient, jede Patientin hat die Möglichkeit wöchentlich ein Einzelgespräch mit dem Bezugstherapeuten zu führen. Auch Patienten mit Doppeldiagnosen wie Depression, Angst, Panikattacken, soziale Phobie, Zwangsstörungen und psychosomatische Störungen (F3 und F4) sowie Persönlichkeitsstörungen (F60, F61) werden im Rahmen der Gruppen- und Einzeltherapie behandelt. Neben der wöchentlich stattfindenden Großgruppe zur *Rückfallprophylaxe* (Kap. 14.3) werden auch in den Bezugsgruppen individuelle Rückfall auslösende Situationen gemeinsam bearbeitet, analysiert und entsprechende Strategien und Lösungswege entworfen.

14.2 Medizinische Versorgung

Die medizinische Betreuung ist durch den Facharzt der Tagesrehabilitation gewährleistet. Er führt die Diagnostik und Aufnahmeuntersuchung des Patienten durch und bespricht mit ihm weitere Maßnahmen für ein adäquates Gesundheitsverhalten während des Aufenthalts in der Tagesrehabilitation. Zu den Untersuchungsmaßnahmen gehören: Labortests, Blutwerte, Blutdruckmessung, Verordnung von Medikamenten im Sinne einer Basisversorgung, Screenings, Alkoholtests. Ein Notfallkoffer ist vorhanden.

Einmal wöchentlich werden Sprechstunden und eine Visite mit dem medizinischen Personal durchgeführt, in denen medizinische Fragen und Probleme erörtert und behandelt werden. Bei besonderen Fragestellungen und Erkrankungen können weitere niedergelassene Fachärzte hinzugezogen werden. Die Behandlung von Folgeerkrankungen können in der therapiefreien Zeit mit Kooperationspartnern in Darmstadt oder durch den Hausarzt behandelt werden.

Im Falle einer Erkrankung, die den Besuch der Therapie verhindert, besteht folgende Regelung: Mit dem Tag der Aufnahme erhält der Patient ein Formular (s. Anhang) ausgehändigt, dass er in einem solchen Fall am ersten Tag der Erkrankung seinem Hausarzt vorzulegen hat, um es anschließend ausgefüllt noch am selben Tag der Tagesrehabilitation zukommen zu lassen. Außerdem sollte er bereits am Aufnahmetag durch eine entsprechende Unterschrift seinen Hausarzt gegenüber dem ärztlichen und therapeutischen Team der Einrichtung von der Schweigepflicht entbinden. So ist auch bei anderen Fragestellungen eine engmaschige Versorgung gesichert.

Der Facharzt hält Vorträge zu fachspezifischen Themen und die Gestaltung themenzentrierter Gruppen wie Gesundheitsverhalten, Abhängigkeitsentwicklung, Informationen zu psychischen Störungen und körperlichen Folgeerkrankungen. Außerdem wird er die Schnittstelle zu den ärztlichen niedergelassenen Kollegen der Umgebung und Kollegen in Kliniken mit gestalten und pflegen.

14.3 Rückfallprophylaxe (r95.4)

Die Rückfall auslösenden Situationen sind unverzichtbare Bestandteile einer Entwöhnungsbehandlung (Arend, 1994) und ziehen sich als Thema wie ein roter Faden durch die gesamte therapeutische Behandlung. Prochaska und diClemente (1992)

haben ein Modell entwickelt, das den Rückfall als Bestandteil des notwendigen Veränderungsprozesses mit einschließt. Der Entwöhnungsprozess verläuft zirkulär, das heißt, der Betroffene durchläuft mehrere Phasen dieses Veränderungsprozesses mehrfach. Dies ist auch notwendig um einen Lernprozess erfolgreich zu bewältigen. Der Rückfall wird also als notwendige Lernmöglichkeit in den Veränderungsprozess mit einbezogen und aktiv genutzt. Die Frage, was ein Rückfall ist, scheint auf den ersten Blick leicht zu beantworten, nämlich dann, wenn erneut das Suchtmittel konsumiert wurde. Auf den zweiten Blick lassen sich nach Körkel & Schindler (2003) jedoch vielfältige Sichtweisen unterscheiden. Diesen wird in unserer therapeutischen Arbeit Rechnung getragen, sodass jeder Patient in die Lage gesetzt wird, für sich ein Frühwarnsystem für seine individuellen Auslöser zu entwickeln und zu etablieren. Diese kann er täglich in seinem persönlichen sozialen und familiären Umfeld auf die Probe stellen und wenn nötig revidieren. Jede Woche wird vor dem Wochenende, das der Patient ohne therapeutischen Rahmen verbringt, themenzentrierte Gruppenarbeit durchgeführt. Hier werden Bedeutung, Umgang mit dem Rückfall sowie Strategien zur Verhütung von Rückfällen und Erarbeitung eines Notfallplans gemeinsam entwickelt und durch die direkte Erprobung im Alltag gefestigt. Themen zur Bedeutung des Rückfalls in der Abhängigkeitserkrankung und persönliche Erfahrungen damit werden auch immer wieder in der Gruppentherapie, in Einzelgesprächen und auch in den Angehörigenseminaren bearbeitet.

14.4 Indikative Gruppen

Je nach individueller Problemlage können die Patienten verschiedene indikative Gruppen nach therapeutischer Einschätzung besuchen.

- **Stressbewältigung**

Basierend auf kognitiven Techniken werden Informationen über Stress als Belastung und Stress als Herausforderung, seine Entstehung, funktionale Zusammenhänge, Regulation und eigenes Stresserleben gemeinsam erarbeitet und erfahren. Weitere Zielsetzungen sind die Identifikation eigener Stressoren und die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien, das Erlernen kurzfristiger Erleichterungstechniken sowie langfristiger Stressreduktions- und Bewältigungsmöglichkeiten (Meichenbaum, 1997).

- **Umgang mit belastenden Gefühlen**

Belastende Gefühle, die funktional mit dem Suchtmittelkonsum im Zusammenhang stehen, sollen identifiziert und Bewältigungsmöglichkeiten erlernt werden (Stavemann, 1999). Belastende Gefühle und Empfindungen (Angst, Depression, Ärger, Schuld, Scham) werden hierbei im Sinne des kognitiven Ansatzes nach Beck (1997) als das Ergebnis dysfunktionaler Gedankenprozesse betrachtet. Durch Vermittlung der ABC-Technik nach Ellis (1988) sollen die Patienten lernen, konstruktiver mit gegenwärtigen Problemlagen umzugehen und sich alternative Bewältigungsmöglichkeiten zu erschließen.

- **Gruppentraining der sozialen Kompetenz und Selbstsicherheit**

Angelehnt an das Therapieprogramm nach Pfingsten und Hinsch (1991) sollen Patienten mit einem labilen Selbstwertgefühl angeleitet werden, sich in für sie kritischen Situationen zu behaupten wie z.B. sich durchsetzen, Gefühle ausdrücken, Beziehungen herstellen. Methoden sind Vermittlung eines Entspannungsverfahrens, Bearbeitung eigener Situationen, Rollenspiele und Feedback mittels Videoanalyse.

14.5 Kunst- und Kreativtherapie in der Bezugsgruppe (s11)

Kunsttherapeutische Angebote vermitteln einen kreativen Umgang mit verschiedenen Gestaltungstechniken und –materialien. Dies kann einerseits als Anregung für die zukünftige Freizeitgestaltung genutzt werden und zeigt den Patienten andererseits, was alles an Kreativität und Einfallsreichtum in ihm steckt. Mittels kunsttherapeutischer Methoden lernen die Patienten unter Anleitung und bei gemeinsamen Projekten eine andere Art kennen, sich mit sich selbst, aber auch mit den Mitmenschen zu beschäftigen und umzugehen. Es soll ein Zugang zu emotionalem und konflikthaftem Erleben erreicht werden, das über das gestalterische Handeln reflektiert und erlebt wird. Die Veranstaltungen werden in der Bezugsgruppe durchgeführt, was die Gruppenkohäsion und -prozesse intensiviert und stärkt.

14.4 Sport und Bewegung

Nach langem und intensivem Suchtmittelkonsum ist der Körper oft in Mitleidenschaft gezogen und die Fitness häufig sehr eingeschränkt. Durch verschiedene sporttherapeutische Angebote machen sich die Patienten wieder fit und können ihre Kondition aufbauen, was auch wichtig für eine stabile psychische Verfassung ist. Es finden innerhalb der Bezugsgruppe Angebote in Haus und Garten sowie im direkt angrenzenden Park statt. Es werden auch ortsansässige Sporteinrichtungen (Schwimmbad) genutzt.

14.5 Entspannung, Körperwahrnehmung und Genuss

In den Entspannungskursen werden Methoden wie Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen (Sammer, 1999) und Autogenes Training unter fachlicher Anleitung vermittelt. Dies soll im Alltag für Stressabbau, als Gesundheitsvorsorge, zur Bewältigung kritischer Situationen (Angst, Ärger) oder einfach zum Wohlfühlen genutzt werden können. Außerdem ist in vielen Fällen die Körperwahrnehmung der Patienten sehr eingeschränkt, was für die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und persönlicher psychischer Verfassungen sehr hinderlich ist. Diese Tatsache spielt nicht zuletzt im Hinblick auf die rückfallauslösenden Situationen eine wichtige Rolle. Durch verschiedene Übungen soll darauf Einfluss genommen werden, die Wahrnehmung zu schärfen und neue Möglichkeiten und die Vielfalt des Genießens (wieder) zu entdecken. Es werden Übungen zur besseren Körperwahrnehmung und Genuss-training (nach Koppenhöfer und Lutz, 1999) durchgeführt. Diese werden in die zweimal wöchentlich stattfindenden Entspannungskurse integriert.

14.8 Arbeitsbezogene Rehabilitation

Der Lebensbereich „Arbeit“ ist für die meisten Patienten von großer Bedeutung. Ihm kommt auch ein wesentlicher positiver Verstärkungscharakter für Veränderungsmotivation und beim Aufbau neuer Verhaltensweisen zu. Im teilstationären Behandlungskonzept können aufgrund der Alltags- und Wohnort- bzw. Arbeitsplatznähe konkrete Erfahrungen im Arbeitsalltag genutzt werden (Ebeling, 1996; Fachverband Sucht, 1996). Durch verschiedene arbeitstherapeutische Angebote in der Tagesrehabilitation kann der Patient darin unterstützt werden, die eigene Arbeitsleistung wiederherzustellen, sich neu zu orientieren und notwendige neue Fertigkeiten zu erwerben. Durch eine umfangreiche Leistungsdiagnostik können Patienten ihre eigene Leistungsfähigkeit oder eventuelle Einschränkungen derselben erfahren und ggf. Maßnahmen zur Überwindung ergreifen. Wir bieten den Patienten insbesondere Maßnahmen zur Erlangung oder Vertiefung von EDV-Kenntnissen an. Neben den gängigen Programmen MS Word und MS Excel werden auch Kenntnisse in Präsentations- und Buchhaltungs- und Abrechnungsprogrammen vermittelt. Dies ist vor allem für Patienten interessant, die im kaufmännischen Bereich Fuß fassen oder ihre Kenntnisse überprüfen und verbessern wollen.

Für viele Patienten stellt der Übergang aus einer relativ geschützten Atmosphäre einer vollstationären Klinik in den Arbeitsalltag eine Überforderung dar, was wiederum mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden sein kann. Zwar wird dies durch Klinikurlaub verbunden mit Arbeitserprobungen versucht aufzufangen, doch dies genügt häufig nicht. Der Transfer neu erworbener Einstellungen und Verhaltensmuster gelingt in weniger geschütztem Rahmen und Umgebungen häufig kaum. Außerdem liegen zum stationären Therapieende häufig noch teilweise Leistungseinschränkungen vor, sodass die Patienten am Arbeitsplatz oft nicht voll belastbar sind. Durch die größere Alltagsnähe der Tagesrehabilitation können o. g. Faktoren verbessert werden. Betriebsgespräche mit Kollegen und Vorgesetzten und Praktika können bei der Analyse und Lösung von Problemen und kritischen Situationen am Arbeitsplatz (z.B. Mobbing) zeitnah zur Therapie absolviert werden. Psychotherapeutische Aufgaben wie z.B. Konfliktbewältigung und Umgang mit ängstigenden Situationen können direkt in der Gruppe bearbeitet und alternative Bewältigungsstrategien entwickelt werden. Dies bringt auch wertvolle Informationen für die Mitpatienten in die Gruppe hinein. Es findet eine unmittelbare Realitätstestung für therapeutisch erarbeitete Bewältigungspläne statt.

Durch unsere genannte Schnittstellenoptimierung und Vernetzung ist die notwendige enge und transparente Zusammenarbeit mit den entsprechenden Betrieben und di-

rekten Vorgesetzten zu einem großen Teil gewährleistet. Für die Neuorientierung am Arbeitsmarkt bieten wir Maßnahmen wie Bewerbertrainings, Erarbeiten eines Lebenslaufs, Initiativbewerbungen, Umgang mit Internet-Jobbörsen etc. an. Arbeitslose Patienten erhalten so die Grundvoraussetzungen für die von der Bundesagentur für Arbeit geforderten Eigeninitiative. Wichtig ist hierbei die Einbeziehung der örtlichen Agenturen bzw. der jeweiligen Fallmanager oder des Rehaberaters zu Informationsgesprächen und der Diskussion weiterer Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation. Es können Arbeitserprobungen in neuen Berufsfeldern geplant und durchgeführt werden.

14.9 Sozialdienst

Die Klärung von Berufs- und Ausbildungsfragen, von Wohnungsfragen, Renten- und Versicherungsfragen, Fragen der wirtschaftlichen Absicherung sowie rechtliche Fragen, Arbeitsvermittlung und Arbeitsplatzberatung wird bei Bedarf im Rahmen einer Sprechstunde durchgeführt. Im Sinne der Schnittstellenoptimierung und der Nutzung örtlicher Ressourcen können durch die Wohnortnähe der Rehabilitation örtliche Organisationen und Ämter direkt mit einbezogen und genutzt werden. Der Patient wird hierbei vom therapeutischen Team und dem Sozialdienst der Klinik Schloß Falkenhof unterstützt. Er kann durch Hilfe zur Selbsthilfe lernen, Kompetenzen aufzubauen und sich ein Unterstützungsnetz außerhalb der Therapie zu knüpfen.

14.10 Freizeitpädagogik und Unternehmungen in der Therapiegemeinschaft

Zur aktiven Freizeitgestaltung geben wir den Patienten Anregungen und Hilfestellungen. An den Samstagen können verschiedene Freizeitangebote und -aktivitäten innerhalb der Tagesrehabilitation (z.B. Kochkurse, gestalterische Angebote der Kunsttherapie) und der Umgebung (Museumsbesuche, Veranstaltungen, Wanderungen, Ausflüge) erprobt werden. Es werden teils gemeinsam mit den Therapeuten, teils in eigener Verantwortung der Patienten Unternehmungen in der Gruppe geplant und durchgeführt.

14.11 Plenum

Einmal in der Woche werden die Anregungen und Wünsche der Patienten und des therapeutischen Teams in einer Hausrunde besprochen, sodass eine offene Kommunikation stattfindet. Da sich durch die tägliche enge Zusammenarbeit mit relativ wenigen Patienten eine therapeutische Gemeinschaft ergibt, sollten die positiven Effekte, die durch solch eine Form der Therapie entstehen, auch genutzt werden und die Patienten durch Transparenz der Prozesse und Mitverantwortung für diese Gemeinschaft klar mit einbezogen werden. Diese Einbeziehung fördert die Therapiemotivation und Eigenverantwortlichkeit der Patienten.

14.12 Partner-, Familiengespräche und Angehörigenseminare

Zu den eindrucksvollsten Veränderungen in der Suchtbehandlung gehört nach Lindemeyer (1999) der systematische Einbezug der Angehörigen und Lebenspartner in die therapeutische Arbeit. Für unsere Arbeit lassen sich folgende Therapieziele ableiten:

- Wiederaufbau positiven Erlebens und gegenseitigen Verstehens in der Partnerschaft, um dadurch die Abstinenzzuversicht aller Beteiligten zu erhöhen,
- die Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit eines Paares (Schindler et al., 1999), um die gemeinsame Bewältigungskompetenz von Rückfallrisiken zu steigern,
- die Erarbeitung eines Notfallplans zum Umgang mit Rückfällen.

Je nach Indikation können Gespräche mit der Kernfamilie individuell vereinbart werden, um eventuelle familiäre Probleme und Verstrickungen zu klären (Sulz, 2002). Hier ist auch Gelegenheit, Bilanz zu ziehen, welche familiären Entwicklungsprozesse im Verlauf der Behandlung stattfanden. Durch die räumliche Nähe der Tagesrehabilitation zum Wohnort des Patienten können Partner und Angehörige von Anfang an kontinuierlich in die Behandlung mit einbezogen werden. Sie werden außer zu den genannten Paargesprächen zur Teilnahme an einer, während einer Hauptbehandlung mindestens zweimal stattfindenden, Angehörigengruppe motiviert. So soll eine kontinuierliche Angehörigenarbeit über den gesamten Behandlungsverlauf realisiert werden. Schwerpunkte sind die genannten Therapieziele.

14.13 nährungsberatung

Hauswirtschaft und Er-

Das Mittagessen wird täglich von Montag bis Freitag von einer Fachkraft vor Ort zubereitet und gemeinsam im Speisesaal eingenommen. Für kleinere Handreichungen werden die Patienten in wechselnden Zweier-Teams mit einbezogen, um Fertigkeiten der Vorbereitung, Gestaltung des Essraumes und Übernahme von Verantwortung für andere neu bzw. erneut zu erlernen. Vorträge über Gesundheitsverhalten und Ernährungsberatung sorgen für einen bewussteren Umgang mit sich selbst und der eigenen Gesundheit. In unserer modern gestalteten Lehrküche können sich die Patienten in Kochkursen mit einer gesundheitsbewussteren Ernährung und deren Zubereitung unter fachlicher Anleitung vertraut machen. Für spezifische körperliche Erkrankungen oder Ernährungsfragen im Zusammenhang mit Übergewicht kann eine individuelle Ernährungsberatung durchgeführt werden.

14.14

Informationsabende

Einmal wöchentlich findet ein Informationsabend statt, an dem Interessierte, zukünftige Patienten und/oder Angehörige die Tagesrehabilitation und ihr Behandlungskonzept näher kennen lernen können. In einer Fragestunde werden gezielte Informationen zu Abhängigkeit, Behandlungsmöglichkeiten und Aufnahmebedingungen angeboten. Im Sinne unserer Schnittstellenminimierung leisten wir hier aufsuchende Arbeit, um die Patienten frühzeitig zu erreichen.

14.15 suche

Selbsthilfegruppenbe-

Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, sei es in Darmstadt (hier bestehen enge Kontakte und Zusammenarbeit mit dem Kreuzbund) oder in einer Gruppe am Wohnort des Patienten, kann schon während des Aufenthalts begonnen oder wenn schon ein Kontakt besteht, weitergeführt werden. Die Therapiezeiten erlauben eine regelmäßige Teilnahme an dieser unerlässlichen Maßnahme während und nach einer

Rehabilitation. Durch die regelmäßige Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe wird die Chance mehr als verdoppelt, bei einem Rückfall kurzfristig wieder zur Abstinenz zurückkehren zu können (Küfner & Feuerlein, 1989). Mit den Vertretern der Selbsthilfeorganisationen besteht ebenfalls ein regelmäßiger Austausch. Mindestens 1mal wöchentlich soll eine Gruppe des Kreuzbunds Darmstadt in den Räumen der Tagesrehabilitation stattfinden.

15.

Wochenplan

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
8.15-9.00 Morgenrunde in Patienten-Selbstorganisation	8.15-9.00 Morgenrunde in Patienten-Selbstorganisation	8.15-9.00 Morgenrunde mit Therapeut	8.15-9.00 Morgenrunde in Patienten-Selbstorganisation	8.15-9.00 Morgenrunde in Patienten-Selbstorganisation	8.15-9.00 Morgenrunde mit gemeinsamen Frühstück
8.45-10.30 Gruppentherapie	9.00-10.50 Gruppentherapie	9.00-10.30 Gruppentherapie	9.00-10.30 Gruppentherapie	9.00-10.30 Stressbewältigung	9.00-12.30 Im Wechsel: Freizeitpädagogik Angehörigenseminar Kunsttherapie Sportangebot Ergo-Projekt Hauswirtschaft-Projekt
11.00-11.45 Arztsprechstunde/Visite Sozialberatung Einzeltherapie	11.00-11.45 Arbeitstherapie	10.45-11.45 Entspannungstraining	11.00-11.45 Plenum	10.45-11.45 Entspannungstraining	
12.00-13.00 Mittagessen	12.00-13.00 Mittagessen	12.00-13.00 Mittagessen	12.00-13.00 Mittagessen	12.00-13.00 Mittagessen	
13.30-15.30 Sport Einzeltherapie	13.30-16.00 Arbeitstherapie	13.00-16.00 Arbeitstherapie Einzeltherapie	14.00-16.00 Sport	13.30-16.00 Kunsttherapie	
16.00-16.30 Abschlussfeedback Begrüßung neuer Patienten	16.00-16.30 Abschlussfeedback	16.00-16.30 Abschlussfeedback 16.30-17.30 Infogruppe	16.00-16.30 Abschlussfeedback	16.00-16.30 Abschlussfeedback	

16.**Adresse/Ansprechpartner/Telefon**

Adresse/Lage	Birkenweg 17 64295 Darmstadt Haltestelle Berliner Allee/Rheinstraße
Telefon Fax Email Internet	06151 – 13037-0 06151 – 13037 10 tagesrehabilitation@caritas-darmstadt.de www.tagesrehabilitation.de
Informationsabend	Für alle Interessierten jeweils mittwochs 16.30 – 17.30 Uhr ohne Voranmeldung
Kostenträger	BfA, LVA, Krankenkassen, Selbstzahler und weitere Kostenträger nach Abspra- che
Plätze	Zunächst 8 Plätze, die auf 20 Plätze aus- gebaut werden.
Einzugsbereich	Rhein-Main-Gebiet, Dieburg, Odenwald, Bergstraße, Unterfranken, Anfahrt max. 1 Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Arend, H.

Alkoholismus - Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe
Beltz, Psychologie Verlags Union Weinheim 1994

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S.

Kognitive Therapie der Sucht
Beltz, Psychologie Verlags Union Weinheim 1997

Beck, J.

Praxis der Kognitiven Therapie
Beltz, Psychologie Verlags Union Weinheim 1999

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. W.

*Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)
Klinisch-diagnostische Leitlinien*
Hans Huber Göttingen 1999

Ebeling, J.

*Integration betrieblicher und therapeutischer Anforderungen am Beispiel tages-
klinischer Behandlung. Referat zur Fachtagung Neue Entwicklung in der Versorgung
von Menschen mit Alkoholproblemen der Arbeitsgruppe „Hilfen für Alkoholranke“ im
Modellverbund Psychiatrie des BMG und Aktion Psychisch Kranker e.V.*
Wissenschaftszentrum Bonn 1996

Engler, U., Schlanstedt, G. & Oliva, H.

*Abschlussbericht der Projektgruppe „Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke
und Menschen mit Alkoholproblemen“.*
FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbe-
reich Köln 1997

Fachverband Sucht e.V.

Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen Ihren Auftrag?
Neuland Verlagsgesellschaft Geesthacht 1996

Fachverband Sucht e.V.

*Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen. Beiträge des
Heidelberger Kongresses*
Neuland Verlagsgesellschaft Geesthacht 2000

Feuerlein, W., Kufner, H. & Antons, K.

Münchener Alkoholismustest
Beltz Testzentrale 1999

Fiedler, P.
Verhaltenstherapie in und mit Gruppen
Beltz Verlag Heidelberg 1999

Franke, G.
SCL-90R - Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version.
Beltz Test GmbH Göttingen 1995

Funke, W., Funke, J., Klein, M. & Scheller, R.
Trierer Alkoholismus Inventar
Beltz Göttingen 1987

Grawe, K.
Psychologische Therapie
Hogrefe Verlag Göttingen 1998

Helmstaedter, C., Lendt, M. & Lux, S.
Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest.
Beltz Testzentrale 2001

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F.
Das Beck Depressionsinventar – BDI. Deutsche Version.
Hogrefe Verlag Göttingen 1995

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D.
Selbstmanagement-Therapie.
Springer Verlag Berlin 1996.

Körkel, J. & Schindler, C.
Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.
Springer Verlag Berlin 2003.

Körkel, J. & Schindler, C.
Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (KAZ-35). In Glöckner-Rist, A., Rist, F. & Küfner, H. (Hrsg.). Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) Version 2.00
Zentrum für Methoden, Umfragen und Analysen Mannheim 2002.

Lehrl, S.

Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligentest
Beltz Testzentrale Göttingen

Lindenmeyer, J.

Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie, Band 6
Hogrefe Verlag Göttingen 1999

Meichenbaum, D.

Intervention bei Streß. Anwendung und Wirkung des Streßimpfungstrainings
Hans Huber Bern 1991

Moggi, F. & Donati, R.

Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Fortschritte der Psychotherapie, Band 21
Hogrefe Verlag Göttingen 2004

Oswald, W. & Roth, E.

Zahlenverbindungstest zur Diagnostik von Hirnleistungsstörungen.
Huber Bern 1987

Petry, J.

Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien
Beltz, Psychologie Verlags Union Weinheim 1994

Pfingsten, U. & Hinsch, R.

Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)
Beltz, Psychologie Verlags Union Weinheim 1991

Reitan, E.

Trail-Making-Test
1979

Sammer, U.

Entspannung erfolgreich vermitteln. Progressive Muskelentspannung und andere Verfahren (Reihe leben lernen Nr. 130)
Pfeiffer Stuttgart 1999

Schallenberg, H.

Neue Konzepte und aktuelle Entwicklungen in der Suchtkrankenhilfe, Managementveranstaltung in der Suchttherapie
„buss“ Kassel, 2000

Scharschmidt, U. & Fischer, A.

Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster

Beltz Testzentrale 2000

Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D.

Partnerschaftsprobleme. Möglichkeiten zur Bewältigung. Ein Handbuch für Paare
Springer Verlag Berlin 1999

Schmid, C. & Reichel, M.

Therapiekonzept der Klinik Schloß Falkenhof und Ergänzungskonzept für die Behandlung drogenabhängiger Patienten in der Klinik Schloß Falkenhof
Bensheim 2005

Schwenkmezger, P., Steffgen, G. & Dusi, D.

Umgang mit Ärger. Ärger- und Konfliktbewältigungstraining auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage.
Hogrefe Verlag Göttingen 1999

Stavemann, H.

Emotionale Turbulenzen Kognitive Verhaltenstherapie von Angst, Aggression, Depression und Verzweiflung.
Beltz, Psychologische Verlags Union Weinheim 1999

Sulz, S. K. D. & Heekerens, H.-P.

Familien in Therapie. Grundlagen und Anwendung kognitiv- behavioralen Familientherapie
CIP-Medien München 2002

Yalom, I. D.

Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch.
Pfeifer München 1989

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T.

SKID-I u II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
Hogrefe Göttingen 1997

Zemlin, U., Dornbusch, P., Hähnle, M., Jorda, V. & Kolb, W.

Die Tagesklinik Stuttgart der Fachklinik Wilhelmsheim: Indikation und Programmgestaltung einer teilstationären Entwöhnungsbehandlung für Alkoholabhängige – erste Erfahrungswerte
Sucht Aktuell,2, 31 – 42. 2002.

Zemlin, U. & Kolb, W.

Konzeptmodul „Teilstationäre Behandlung“
Wilhelmsheim 2001

18.

Anhang

- Formblatt Krankmeldung
- Fragebogen zum Aufnahmegespräch

Lieber Patient, liebe Patientin: Bitte nehmen Sie das Formular mit nach Hause und legen Sie es im Bedarfsfall beim Arzt oder im Krankenhaus vor.

Danach bringen Sie es uns bitte am selben Tag oder faxen (06151-130 3710) es an uns.

An die

Fachklinik „Am Birkenweg“

Tagesrehabilitation

Birkenweg 17

64625 Darmstadt

Name des/r Patienten/in:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

o.g. Patient befindet sich gegenwärtig in unserer Tagesrehabilitation für Suchterkrankungen in Behandlung.

Während dieser Rehabilitationsmaßnahme können erforderliche haus- und fachärztliche Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt und wie gewohnt mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet werden.

Sollten Sie zu dem Ergebnis kommen, dass eine Teilnahme an unserem Behandlungsprogramm aufgrund einer akuten Erkrankung vorübergehend nicht möglich sein sollte, möchten wir Sie bitten, den AU-Zeitraum auf dem vorliegenden Formular zu dokumentieren und eine zusätzliche AU-Bescheinigung zur Vorlage bei der BfA auszustellen.

Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Entscheidung hinsichtlich einer AU-Feststellung, dass in der Tagesrehabilitation eine kontinuierliche ärztliche Betreuung gewährleistet ist und dass selbstverständlich eine Befreiung von belastenden körperlichen Aktivitäten jederzeit möglich ist. Eine kontinuierliche Teilnahme am Therapieprogramm ist für den Erfolg der Maßnahme entscheidend. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Tagesreha-Arzt/Ärztin
Tel.: 06151 – 13037-0

O.g. PatientIn kann aufgrund einer akuten Erkrankung vom _____

Bis einschließlich _____ nicht am Therapieprogramm der Tages-
rehabilitation für Suchterkrankungen teilnehmen.

Diagnose: _____

Datum/Stempel Unterschrift:

Tagesrehabilitation Birkenweg des Caritasverbands Darmstadt

Fragebogen zur Vorbereitung des Aufnahmegesprächs

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst zusammen mit Ihrem Partner und/oder Ihrer Familie. Auf diese Weise können Sie sich und wir uns – als Ihre zukünftigen Therapeuten – angemessen auf die anstehende Behandlung vorbereiten.

Bitte schreiben Sie die Antworten auf ein gesondertes Blatt oder die Rückseite. Senden Sie uns den bearbeiteten Fragebogen bald zurück. Er muss **vor** der Aufnahme bei uns vorliegen.

1. Warum begeben Sie sich gerade jetzt in Behandlung?
2. Wie bewerten dies nahestehende Personen? Was sagt Ihre Familie bzw. sagen Freunde oder Bekannte?
3. Was haben Sie und Ihre Familie bisher schon unternommen, um Ihre Abhängigkeit zu bewältigen?
4. Nehmen Sie an einer Selbsthilfegruppe teil? Wenn ja an welcher, seit wann?
5. Welche Vorteile hat eine Behandlung in einer Tagesrehabilitation für Sie?
6. Ist Ihre Familie/Ihr(e) Partner(in) bereit, Sie während der Therapie in der Bewältigung Ihrer Abhängigkeit durch die Teilnahme an folgenden Maßnahmen zu unterstützen?

Paargespräche nach Vereinbarung

Familiengespräche nach Vereinbarung

Angehörigenseminar (alle 3-4 Wochen an 2 -3 Samstagen von 9.00-12.30 Uhr)

7. Welche anderen Probleme, Sorgen, Schwierigkeiten, Konflikte haben Sie über Ihre Abhängigkeit hinaus?

8. Was hat Ihnen bisher bei der Bewältigung Ihrer Probleme geholfen?
9. Welche Themen möchten Sie während der Therapie bearbeiten und welche Ziele möchten Sie erreichen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Behandlungsteam der Fachklinik „Am Birkenweg“