

# Fachklinik „Am Birkenweg“

Tagesrehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen



Therapiekonzept

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



### **Verantwortlich für das Konzept**

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

Dr. med. Ursula Hebrank  
Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie  
Bereichsleiterin

Oktober 2011

1.	<i>Vorwort</i> .....	5
2.	<i>Art der Einrichtung</i> .....	6
3.	<i>Lage und Ausstattung der Einrichtung</i> .....	6
4.	<i>Das medizinisch-therapeutische Team</i> .....	6
5.	<i>Indikationen und Kontraindikationen</i> .....	7
6.	<i>Kooperation und Vernetzung</i> .....	8
7.	<i>Schnittstellenoptimierung der Angebote</i> .....	8
7.1.	<b>Ganztagsambulante Behandlung mit anschließender ambulanter Rehabilitation</b> .....	9
7.2.	<b>Teilstationäre Entlassphase</b> .....	10
7.3.	<b>Verlegung aus der Tagesreha in die stationäre Therapie</b> .....	10
7.4.	<b>Intervallbehandlung</b> .....	10
8.	<i>Aufnahmebedingungen</i> .....	10
9.	<i>Störungsmodell, Therapiekonzept und Ziele</i> .....	11
9.1.	<b>Neurobiologie</b> .....	11
9.2.	<b>Das sozial-kognitive Modell</b> .....	12
9.3.	<b>Lerntheorie</b> .....	12
9.4.	<b>Familientherapie</b> .....	12
9.5.	<b>Therapieziele</b> .....	13
10.	<i>Diagnostik und Therapiesteuerung</i> .....	14
10.1.	<b>Rückfallkonzept und Suchtmittelkontrollen</b> .....	15
10.2.	<b>Umgang mit Fehlzeiten</b> .....	16
11.	<i>Behandlungsangebote</i> .....	16
11.1.	<b>Medizinische Versorgung</b> .....	16
11.1.1.	Gesundheitstraining.....	17
11.1.2.	Ernährungsberatung.....	18
11.1.3.	Individuelle Ernährungsberatung.....	18
11.2.	<b>Psychotherapie</b> .....	18
11.2.1.	Gruppentherapie.....	18
11.2.2.	Einzeltherapie.....	19
11.2.3.	Partner-, Familiengespräche und Angehörigenseminare.....	19
11.3.	<b>Themenzentrierte Gruppen</b> .....	20
11.3.1.	Rückfallprävention.....	20
11.3.2.	Stressbewältigung.....	20
11.3.3.	Arbeitslosigkeit.....	20
11.4.	<b>Arbeitsbezogene Behandlungsmaßnahmen</b> .....	21
11.5.	<b>Betriebsgespräche</b> .....	22
11.6.	<b>Kreativitäts- und Kunsttherapie</b> .....	22
11.7.	<b>Sport und Bewegung</b> .....	22
11.8.	<b>Entspannung und Körperwahrnehmung</b> .....	22
12.	<i>Weitere Behandlungsangebote</i> .....	23
12.1.	<b>Klärung sozialer Fragen</b> .....	23
12.2.	<b>Plenum</b> .....	23
12.3.	<b>Freizeitgestaltung in der Tagesrehabilitation</b> .....	23

12.4.	<b>Hauswirtschaft.....</b>	<b>23</b>
12.5.	<b>Kochkurs.....</b>	<b>24</b>
12.6.	<b>Nichtrauchertraining .....</b>	<b>24</b>
12.7.	<b>Seelsorge.....</b>	<b>24</b>
12.8.	<b>Überleitung in die ambulante Rehabilitation oder Nachsorge .....</b>	<b>24</b>
12.9.	<b>Informationsabende .....</b>	<b>24</b>
13.	<i>Qualitätssicherung/-management.....</i>	<i>25</i>
14.	<i>Wochenplan.....</i>	<i>25</i>
15.	<i>Literatur.....</i>	<i>27</i>
16.	<i>Adresse/Ansprechpartner/Telefon .....</i>	<i>29</i>

## 1. Vorwort

Im Jahr 2003 hat der Caritasverband Darmstadt e. V. das erste Konzept für eine teilstationäre Behandlung bei Suchterkrankungen erarbeitet, um das Behandlungsangebot für suchterkrankte Menschen in der Region zu differenzieren.

Neben Fachambulanzen in Darmstadt, Dieburg, Erbach und Heppenheim gehören die Klinik „Schloß Falkenhof“ als Fachkrankenhaus für Abhängigkeitserkrankungen mit einer angeschlossenen Adaptionseinrichtung in Heppenheim zu einem vernetzten Behandlungsverbund.

Gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde an dem ersten Konzept gearbeitet, eine geeignete Immobilie gesucht und im gemeinsamen Einvernehmen die Fachklinik „Am Birkenweg“ im August 2005 eröffnet.

Bundesweit gehörte die Einrichtungen zu den Pionieren dieser Behandlungsform. Schnell stellte sich heraus, dass die umliegenden Einrichtungen der Suchthilfe der neuen Form vorsichtig skeptisch gegenüber standen. Sowohl die Bekanntheit in der Region als auch eine gesicherte Indikationsstellung zwischen ambulant und stationär musste sich herausmendeln.

Das vorhandene Therapiekonzept war vom „grünen Tisch“. Erst eine fünfjährige Praxis mit Hoch- und Tiefphasen brachte die nötige Erfahrung für eine fundierte, praxistaugliche und wissenschaftlich begründete Basis. Dazu haben sehr engagierte Mitarbeiter vom ersten Tag an mitgewirkt. Die Deutsche Rentenversicherung hat in drei Visitationen wertvolle Anregungen dazu eingebracht.

Wir freuen uns, dass die Einrichtung heute von Leistungsträgern, den Akutkrankenhäusern, Fachambulanzen, Beratungsstellen und Partnern aus dem Umfeld wertgeschätzt und gut angenommen wird. Das zeigt sich heute auch in einer zufriedenstellenden Auslastung die sich bis zur guten Belegung gerne noch steigern darf.

Die ersten beiden Sommerfeste für ehemalige Patienten wurden gefeiert. Die hohe Resonanz der Ehemaligen zeigt uns die Verbundenheit zur Einrichtung und den Behandlungserfolg.

Eine kleine Einrichtung kann sich nur entwickeln, wenn die dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine hohe Flexibilität und viel Engagement mitbringen. An dieser Stelle sei allen dafür von Herzen gedankt. Ein herausragender Dank gilt Frau Isabel Beyse, die als Diplom Psychologin fünf Jahre die Geschicke der Klinik mitgesteuert hat und die an der Erstellung dieses Konzeptes maßgeblich beteiligt war.

Oktober 2011

Dr. med. C. Schmid  
Ärztlicher Leiter

Karl-Heinz Schön M.A.  
Verwaltungsleiter

## 2. Art der Einrichtung

Die Tagesrehabilitation ist eine Abteilung der Klinik „Schloß Falkenhof“ für suchtmittelabhängige Frauen und Männer. Träger ist der Caritasverband Darmstadt e.V. Sie bietet 20 Behandlungsplätze verteilt auf zwei halboffene Therapiegruppen im Bezugstherapeutesystem. Es handelt sich um eine ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung mit der Möglichkeit, abends und an den Wochenenden in der vertrauten Lebenswelt zu verbleiben. Dadurch wird abstinenteres Verhalten in einer realitätsnahen Umgebung mit den besonderen Möglichkeiten der ganztagsambulanten Behandlung eingeübt und bestehende stützende soziale Systeme (z.B. Familie, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen) werden zeitgleich genutzt.

Die Behandlungszeiten sind von Montag bis Freitag 8.15-16.30 Uhr und am Samstag 8.15-12.30 Uhr.

## 3. Lage und Ausstattung der Einrichtung

Die Tagesrehabilitation liegt verkehrsgünstig im Zentrum von Darmstadt. Die Innenstadt und der Hauptbahnhof sind zu Fuß in 10 Minuten erreichbar. Die Einrichtung ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und PKW aus dem gesamten Rhein-Main-Gebiet (Frankfurt, Wiesbaden, Mainz und Umland) in 45 Minuten zu erreichen. Das voll sanierte freistehende Gebäude ist in einem Garten gelegen und an einen Park angrenzend, es bietet auf 500 m<sup>2</sup> ein großzügiges Raumangebot:

- Empfangs- und Arztsekretariat
- 2 Gruppenräume für Gruppentherapie
- 4 Behandlungs- bzw. Therapieräume für Arzt und Therapeuten
- 2 Räume für Ergo- und Kreativtherapie
- Lehrküche mit Essbereich und Aufenthaltsraum
- Bibliothek und Gruppenraum mit 6 EDV-Arbeitsplätzen
- Duschen und abschließbare Spinde für Patienten
- Großer Garten, Sonnenterrasse im ersten Stock
- Aufzug, alle Räume barrierefrei
- Bei entsprechenden Witterungsverhältnissen kann der direkt angrenzende Park für Spaziergänge, Sport und Bewegung genutzt werden.

## 4. Das medizinisch-therapeutische Team

Die Zahl der Mitarbeiter<sup>1</sup> ist derzeit für 14-18 Patienten ausgelegt:

- 1 Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie
- 2 Sozialarbeiter mit suchtttherapeutischer Zusatzausbildung (VDR)
- 1 Psychologischer Psychotherapeut
- 1 Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut
- 2 Kreativtherapeuten stundenweise
- 1 Ernährungsberater stundenweise
- 1 Arztsekretärin
- 1 Hauswirtschafterin
- 1 Reinigungsfachkraft
- 1 Hausmeister

---

<sup>1</sup> Im folgenden wird bei Personenbezeichnungen aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form verwendet, weibliche Personen sind eingeschlossen.

Das Team der Tagesreha arbeitet mit enger Verzahnung und täglichem Austausch über die Patienten und Therapieabläufe. Darüber hinaus finden einmal wöchentlich Fallbesprechungen statt, in denen Fragen der Diagnostik, der Behandlung, des Therapieverlaufs und der Kooperation mit relevanten anderen Einrichtungen behandelt werden. Eine kollegiale Supervision findet durch die Ärztliche Bereichsleitung und den Chefarzt einmal pro Woche statt. Montags früh findet eine Teamkonferenz statt, in der sich das therapeutische Team zu patientenbezogene Fragestellungen abstimmt, die sich am Wochenende ergeben haben.

## **5. Indikationen und Kontraindikationen**

Behandelt werden Frauen und Männer, die von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen abhängig sind. Die Tagesreha erfüllt die Voraussetzungen zur Behandlung betäubungsmittelabhängiger Straftäter und ist für die Behandlung nach § 35 BtMG (Zurückstellung der Strafverfolgung) und § 36 BtMG (Anrechnung und Strafaussetzung zur Bewährung) anerkannt.

Durch die gemeinsame Behandlung von Alkohol- und Drogenpatienten entstehen Synergieeffekte, die wir in der Tagesreha nutzen. So können zwischen beiden Patientengruppen fruchtbare Auseinandersetzungen über moralische Werte, Grenzüberschreitungen und Schuldgefühle stattfinden, die zu differenzierterer Selbstwahrnehmung sowie der Erkenntnis von Gemeinsamkeiten mit Menschen, die vorher eher vorurteilsbelastet beurteilt wurden, beitragen kann. Nicht aufgenommen werden in der Tagesreha drogenabhängige Patienten, die noch stark in der lokalen Drogenszene verhaftet sind.

Die im Vergleich zu einer stationären Therapie geringere Schutzfunktion der Tagesreha setzt eine ausreichende Selbstkontrollfähigkeit der Patienten voraus, sodass sie Abende und Wochenenden allein verbringen können. Die tägliche Abschlussrunde dient als Übungsfeld zur Risikoantizipation und bietet dadurch Anreize zu erhöhtem Selbstschutz.

Die Patienten werden in der teilstationären Behandlung gefordert, eine für sie sinnvolle Tagesstruktur aufzubauen und ihr Freizeitverhalten zu überprüfen. In verschiedener Form (z.B. Samstagsgestaltung) werden die Patienten dabei zu neuen Erfahrungen angeregt. Durch die Nähe zum alltäglichen Umfeld lassen sich neu gelernte Verhaltensweisen manifester erproben und umsetzen und es können bereitliegende Vermeidungsmechanismen bearbeitet werden.

Da die Patienten in ihrem vertrauten familiären und sozialen Umfeld bleiben, können soziale Defizite alltagsnah bearbeitet werden, ebenso kann ggf. das soziale System als Ressource im Therapieverlauf nutzbar gemacht werden. So erlaubt der unmittelbare Kontakt zum Umfeld die Durchführung von Angehörigenarbeit mit psychoedukativen, beraterischen und paar- oder familientherapeutischen Interventionen.

Ein weiterer positiver Aspekt des Settings ist, dass mehr gegenseitige Vernetzung der Patienten untereinander entstehen kann, z.B. durch private helfende Kontakte bei Rückfallrisiken oder der Freizeitgestaltung.

Die Wohnortsnähe kann in der poststationären Entlassphase sinnvoll sein, um die in der stationären Therapie entwickelten Strategien zu überprüfen.

Die ganztägig ambulante Behandlungsform ist auch geeignet für Patienten, die aufgrund der Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen keine stationäre Therapie realisieren können. Die Hemmschwelle, sich in eine Behandlung zu be-

geben, ist durch den Verbleib am Wohnort deutlich niedriger, sodass es gelingt, diese Patienten besser und früher in ihrer Krankheitsentwicklung zu erreichen.

Wenn die ganztägig ambulante Behandlung eher aufgrund mangelnder Bereitschaft zur Umsetzung einer stationären Therapie zustande kam, ist es möglich, dass eine Weitervermittlung in eine stationäre Therapie stattfindet, wenn wir aufgrund fortgesetzter Rückfälligkeit oder Fehlzeiten feststellen, dass diese Behandlungsform nicht geeignet ist. Unserer Erfahrung nach erkennen die Patienten in diesem Prozess selbst die Notwendigkeit eines intensiveren Schutzraums.

Für Patienten, die Unterstützung bei der Ablösung vom Elternhaus oder beim Aufbau eines neuen Lebensmittelpunkts, z.B. bei drogenabhängigen Patienten, benötigen, besteht die Möglichkeit zur Weitervermittlung in eine Adaptionseinrichtung.

Auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten von Patienten mit komorbiden Störungen wird individuell eingegangen und ein modifiziertes Setting hergestellt. Kontraindikationen zur Behandlung in der Tagesreha sind akute Psychosen und schwere hirnorganische Beeinträchtigungen.

## **6. Kooperation und Vernetzung**

Federführender Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Bund, aber auch die Deutsche Rentenversicherung Hessen und andere Leistungsträger (Krankenkassen, Beihilfen, private Krankenkassen etc.) belegen die Klinik. Mit allen vor- und nachbehandelnden Einrichtungen der Suchtberatung und Selbsthilfegruppen besteht eine intensive Zusammenarbeit, um eine optimale Therapie zu gestalten, die dem individuellen Therapieverlauf immer wieder angepasst werden kann. 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 besucht ein Mitarbeiter regelmäßig die Entgiftungsstationen der Kliniken im Umkreis und informiert die Patienten über die Einrichtung. Ebenso besteht Kontakt zu Vertretern von Selbsthilfeorganisationen, die ihre Arbeit in der Tagesreha vorstellen. Darüber hinaus findet im Einzelfall im sozialen und beruflichen Bereich eine engmaschige Zusammenarbeit mit bereits vorhandenen Strukturen wie z.B. Betreuungspersonen von Sozial- und Jugendämtern, Wohnungsämtern oder der Schuldnerberatung etc. statt, um Lösungswege für Probleme direkt im Therapieverlauf gemeinsam mit den Patienten zu erarbeiten und erste Schritte zur Veränderung zu initiieren.

## **7. Schnittstellenoptimierung der Angebote**

In der Behandlung und Rehabilitation von Suchtkranken stellt die Tagesreha für die Rhein-Main-Region eine Ergänzung zu den ambulanten oder stationären Kurz- oder Langzeitbehandlungen dar. Durch die Einbettung in die Rahmenbedingungen des Caritas-Verbands der Suchtkrankenhilfe wird eine optimale Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen wie z.B. zur stationären Rehabilitation in der Klinik Schloß Falkenhof oder den ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in den Fachambulanzen und Psychosozialen Beratungsstellen geschaffen. Unter Nutzung der einzelnen Behandlungsmodule im Verbund und dem Einbezug der Schnittstellen kann so die Therapie individuell an die Bedürfnisse des Patienten und an mögliche Veränderungen



im Therapieprozess angepasst werden. Beispiele hierfür sind Patienten der Klinik Schloß Falkenhof, deren stationäre Behandlung zugunsten einer teilstationären Entlassphase verkürzt wird, weil es sowohl therapeutisch sinnvoll ist als auch die Intensivierung von arbeitsrehabilitativen Maßnahmen ermöglicht. Die nahtlose Fortführung des Rehaprozesses wird durch ein Überleitungsgespräch, nach Möglichkeit auch gemeinsam mit dem Patienten, erreicht. Durch die enge Kooperation im Behandlungsverbund wird der Übergang von einer Maßnahme in die andere erleichtert. Auch mit anderen Reha-Kliniken besteht eine effektive Zusammenarbeit für stationär-ambulante Kombinationsbehandlungen..

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.

Des Weiteren werden die Patienten in der zweiten Behandlungshälfte zum Besuch von Selbsthilfegruppen motiviert, um so die langfristige Abstinenzfähigkeit zu unterstützen.

Bei Patienten mit komorbiden Störungen sieht unser Konzept neben einer intensiven psychiatrischen Betreuung in der Einrichtung eine Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Ambulanz des Elisabethenstifts oder des niedergelassenen Psychiaters vor. Nach der Zwischenbilanz (siehe 10.) informiert der ärztliche Bereichsleiter über den Behandlungsverlauf und der Patient selbst nimmt Kontakt auf, sodass eine Überleitung gewährleistet ist.

Die Vernetzung zum Hausarzt im Umgang mit Fehlzeiten („Krankschreibungen“) ist von großer Bedeutung. Ärztliche Rückkopplungsgespräche ermöglichen, dass der Hausarzt gegebenenfalls über Vermeidungsmechanismen und Rückfallgefährdungen des Patienten informiert ist, ebenso wie dem therapeutischen Team der Tagesreha medizinische Krankheitsverläufe transparent gemacht werden können. So ist der Hausarzt ein wichtiger Partner während der ganztagsambulanten Maßnahme.

Durch die Verkürzung der Behandlungsmodelle wird aus den praktischen Erfahrungen immer deutlicher, dass sogenannte Kombimodelle zu favorisieren sind. Hierbei ist vor allem die Schnittstellenarbeit von hoher Bedeutung.

### **7.1. Ganztagsambulante Behandlung mit anschließender ambulanter Rehabilitation**

Die Hauptbehandlung der ganztagsambulanten Rehabilitation umfasst in der Regel 12 Wochen. Schwerpunkte sind der Aufbau von Verhaltensänderungen für eine abstinente Lebensführung, Bewältigung von Rückfallgefährdungen, Sicherung der Erwerbsfähigkeit durch Einübung von „skills“ und „copings“ sowie Klärung von Problemen am Arbeitsplatz. Spezifische Behandlungsschwerpunkte werden vertieft, wie zum Beispiel Stressbewältigung, Umgang mit belastenden Gefühlen, Aufbau sozialer Kompetenzen, kontinuierliche Einbeziehung der „strategisch wichtigen Personen“ (Paar-/Familiengespräche, Angehörigenseminare, Betriebsgespräche), abgestufte Rückführung an den Arbeitsplatz, Aufbau sozialer Unterstützung, Anbindung an eine Selbsthilfegruppe und Aufbau alternativer Freizeitgestaltung.

Bereits im Rahmen der Zwischenbilanz wird mit dem Patienten die Möglichkeit und Zweckmäßigkeit der ambulanten Reha besprochen. Mit dem zuständigen Berater der zuweisenden Beratungsstelle wird zu diesem Zeitpunkt ein Rückkopplungsgespräch geführt, bei dem prospektive Themen und Ziele für die ambulante Nachsorge weitergegeben werden. Durch die Vernetzung soll dem Patienten ermöglicht werden, mit dem nachfolgenden Behandler an den für ihn relevanten Themen effektiv weiterarbeiten zu können.

## **7.2. Teilstationäre Entlassphase**

Die teilstationäre Entlassphase findet nach einer stationären Rehabilitation von circa 8-10 Wochen statt und umfasst 6 Wochen. Schwerpunkte sind die Fortführung der stationären Zielbereiche unter Nutzung familiärer und sozialer Ressourcen sowie die Exposition im realen Lebensumfeld. Im Mittelpunkt stehen die Auseinandersetzung mit Rückfallgefährdungen, die Arbeitssuche oder die Kontaktaufnahme zum Betrieb, der Aufbau sozialer Stützsysteme und Freizeitgestaltung ohne Suchtmittel sowie die Einbeziehung der Familiensituation. Zwischen den Bezugstherapeuten findet ein ausführlicher Informationsaustausch über den Therapieverlauf und über die weiter notwendigen Hilfestellungen statt, so dass die Voraussetzungen für eine möglichst effektive Weiterbehandlung gegeben sind. Um die Einbindung in die Gruppe zu gewährleisten, wird eine mindestens sechswöchige Behandlung als sinnvoll erachtet.

## **7.3. Verlegung aus der Tagesreha in die stationäre Therapie**

In Einzelfällen zeigt sich im Lauf der ersten Behandlungswochen, dass der Schutzraum, den die Tagesreha bietet, nicht ausreichend zur Aufrechterhaltung der Abstinenz ist. In diesen Fällen ist eine Verlegung in eine stationäre Einrichtung sinnvoll und notwendig. Für Patienten, die Bedenken gegenüber einer stationären Therapie hatten, ist deren Notwendigkeit so unmittelbar erlebbar, sodass sich Widerstände auflösen.

## **7.4. Intervallbehandlung**

Patienten können in speziellen Fällen von einer Intervallbehandlung profitieren, bei der nach einem Behandlungsmodul von 6 Wochen eine 4-6wöchige Belastungsprüfung im Alltag stattfindet. In einem 2. Therapiemodul von 6 Wochen können dann die Erfahrungen aus der Exposition aufgearbeitet werden. Diese Maßnahme ist vorrangig bei älteren Patienten indiziert, deren Leistungsträger die Krankenkasse ist.

## **8. Aufnahmebedingungen**

In der Beratungsstelle oder Fachambulanz des Patienten, durch Teilnahme am Infoabend und ggf. 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.

- Der Patient muss frei von Suchtmitteln und Entzugserscheinungen sein.
- Eine eventuell notwendige Entgiftung sollte vorher abgeschlossen sein.
- Die Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln soll nicht länger als eine Stunde pro Wegstrecke dauern.

## 9. Störungsmodell, Therapiekonzept und Ziele

Suchtmittelabhängigkeit ist eine Erkrankung, deren Vielschichtigkeit nur durch eine multifaktorielle Betrachtungsweise erfasst werden kann. Die Basis hierfür ist ein biopsychosozialer Ansatz, in dem psychische, soziale und biochemisch-körperliche Faktoren in einem funktionalen Zusammenhang stehen (Lindenmeyer, 1999). Allgemein kann die 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.

### 9.1. Neurobiologie

Die Integration neurobiologischer Erkenntnisse in der Gruppen- und Einzeltherapie kann im Sinn eines wissenschaftlichen Grundverständnisses das Suchtverständnis vertiefen, z.B. hinsichtlich Selbstwirksamkeit, Suchtverlagerung und Copingstrategien. Ohne die wissenschaftlichen Aspekte von Bauer (2001), Grawe (2004) etc. näher darzulegen, werden einige Erkenntnisse im Folgenden kurz aufgeführt:

Beim Menschen scheint das Missbrauchsverhalten noch am ehesten durch (soziale) Lernvorgänge geprägt und von Lustgewinn („liking“) motiviert zu sein. Bei Suchtverhaltensweisen scheinen eher starre unveränderbare ganzheitliche, nicht kognitiv reflektierbare („mächtige“) Phänomene wirksam zu werden. Lernen von neuen Funktionen/ Inhalten läuft vorwiegend über Reiz-Reaktionsverknüpfungen durch Belohnung, Erfolg, Zuspruch, Wohlbefinden. Das sind Wahrnehmungsvorgänge und affektive Wirkungen, die durch das limbische System vermittelt werden. Insbesondere beim Beobachtungslernen spielen offenbar auch neurologische Strukturen eine Rolle („Spiegelneurone“), die sehr schnell Abbilder („neurologische Photographien“) entstehen lassen. Automatisiertes Verhalten ist in anderen Hirnrealen lokalisiert, ist festgelegt und starr (Stammganglien, Corpus striatum).

Bei der Suchtentstehung scheint zuerst Ausprobieren, Suche nach Variationen von Lustempfinden, Neugier etc. wirksam zu sein, was offenbar durch das Endorphin-System getriggert wird (Liking-Hypothese). Nach Entstehung der Sucht scheint eher das Dopamin-System der Stammganglien bestimmend (automatisierte Unlust-Vermeidung, Wanting-Hypothese).

Für die Therapie relevante Implikationen sind, dass Genussfähigkeit, Lebensfreude, Aktivitäten mit anderen Menschen das Belohnungssystem triggern und so Selbstwert und Kraftquellen schaffen. Vertrauensvolle Beziehungen und Bindungen tragen ganz wesentlich zur Aufrechterhaltung und Gestaltung der Abstinenz bei (Oxytocin-Ausschüttung), sozialer Rückzug und Isolation dagegen stellen „seelische Schmerzen“ und Wunden dar, die rückfallauslösend sein können.

Der Umstieg auf ein anderes Suchtmittel birgt durch die Steuerung über das Suchtgedächtnis und das Belohnungssystem die Gefahr einer erneuten Abhängigkeitsentwicklung. Diese Erkenntnis muss insbesondere bei mehrfach abhängigen Patienten, die einen aus ihrer Sicht gelegentlichen Alkohol-/ Cannabiskonsum pflegen, problematisiert werden.

Belastungs- und Expositionstraining in der Therapie verbessert die Effektivität für die Patienten, da durch Realitäts- und Praxisnähe nachweislich besser Musterunterbrechungen und -änderungen erreicht werden können.

## **9.2. Das sozial-kognitive Modell**

Weiterhin spielt das sozial-kognitive Modell nach Marlatt (1985) eine entscheidende Rolle für Entwicklung, Aufrechterhaltung und Behandlung der Abhängigkeitserkrankung. Es findet im Rückfallpräventionsmodell von Petry (1994) und Altmannsberger (2004) seine Anwendung und erklärt im Paradigma der Selbstregulation Phänomene der Substanzstörung wie Toleranzerhöhung, Kontrollverlust und Rückfall. 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 bestimmter 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.

## **9.3. Lerntheorie**

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 Kompetenzerwartungen (individuelle Vulnerabilität).

Im Sinne des Selbstmanagementansatzes nach Kanfer et al. (1996) wird der Patient bei der persönlichen Entscheidung über den Ausstieg aus der Sucht und der selbstverantwortlichen Gestaltung seiner Zukunft unterstützt und gefördert, v.a. beim Aufbau neuer positiver und „gesunder“ Verhaltensweisen im Umgang mit Problemen. 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.

## **9.4. Familientherapie**

Unter familientherapeutischer/systemischer Perspektive wird der abhängig gewordene Mensch als Symptomträger eines dysfunktionalen Familiensystems gesehen. Dieses System kann wichtige Konfliktbereiche nicht mehr bewältigen (Ablösungs-, Beziehungs- und Partnerprobleme etc.), sondern konzentriert alle Aktivitäten auf das Symptom bzw. den Symptomträger. Der systemische Ansatz nimmt das Verhalten

der einzelnen Familienmitglieder in Wechselwirkung zueinander in den Blick. Ablösungsprobleme, Generationskonflikte, Koalitionen, Rolleninhalte und Rollenzuschreibungen können so dargestellt und neue Verhaltensweisen und Lösungen mit allen gemeinsam erarbeitet werden.

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. Wir gehen bei unserer therapeutischen Arbeit davon aus, dass die wesentlichen Lösungskompetenzen im Patienten selbst liegen. Weiterhin sind Nächstenliebe und Toleranz Ausdruck des christlichen Menschenbildes und unseres caritativen Auftrags. Die Grundlage unseres Umgangs miteinander ist die gegenseitige Wertschätzung unabhängig von der Funktion des Einzelnen. Diese Haltung schafft eine hohe Verbindlichkeit und Effizienz im Umgang auch mit schwierigen Krankheitsbildern unserer Patienten.

### **9.5. Therapieziele**

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.

Der hohe Anteil an komorbiden Störungen (Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, Psychosen, Traumatisierungen) macht eine ärztliche und psychiatrische Mitbehandlung zwingend erforderlich. Bei diesen Störungen ist eine Aufklärung unabdingbar, um die Entwicklung von Krankheitsverständnis, -akzeptanz und letztlich auch Bewältigungsstrategien zu fördern. Dabei spielt der Aufbau einer tragfähigen Compliance, die es für die Nachsorge und weiterführende Maßnahmen aufzubauen gilt, eine entscheidende Rolle. Wir sehen daher eine Wissensvermittlung im Rahmen unserer ganztagsambulanten Behandlung als wichtiges therapeutisches Instrument.

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

## 10. Diagnostik und Therapiesteuerung

Die **psychosoziale Diagnostik** wird in der Aufnahmewoche vom Bezugstherapeuten durchgeführt und umfasst eine Sozialanamnese, eine Suchtanamnese und ein Familienogramm. Der Patient wird so in der Eingangsphase dazu angeregt, Zusammenhänge, in denen die Suchterkrankung entstanden ist, zu reflektieren.

### Allgemeine Testdiagnostik

- *SCL 90 R – 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 Lazarus (1973). 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.

### Spezifische Testdiagnostik

Bei speziellen psychosozialen oder psychiatrischen Fragestellungen kommen folgende testpsychologische Verfahren zur Anwendung:

- *WIP- Reduzierter Wechsler- Intelligenztest* bei Fragen der Intelligenzminderung
- *D2* zur Beurteilung individueller Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen.
- *Benton-Test* zur Überprüfung hirngorganischer Schädigungen

Die **psychiatrische Diagnostik** wird bei allen Patienten vom bereichsleitenden Arzt bezüglich komorbider Störungen wie Depression, Psychose, ADHS etc. vorgenommen. Auf Grundlage der diagnostischen Einschätzung wird die Psychopharmakomedikation festgelegt, die berufliche Situation eingeschätzt und entschieden, welche therapeutischen Angebote und Maßnahmen sinnvoll sind. So könnten für einen Patient mit hirngorganischer Schädigung vorwiegend realitätsbezogene Interventionen festgelegt werden, nämlich dass er anstelle der gruppentherapeutischen Sitzungen in ein arbeitstherapeutisches Projekt eingebunden wird, um seine lebenspraktische Kompetenz zu erhöhen.

Die **arbeitsbezogene Diagnostik** wird vom Arbeitstherapeuten in der Aufnahmewoche durchgeführt und beinhaltet die Arbeits- und Berufsanamnese, die Selbsteinschätzung des Patienten mit Identifikation von Problembereichen oder Ressourcen. Belastungen am Arbeitsplatz oder Probleme mit der Arbeitslosigkeit stellen die

Grundlage der individuellen arbeitstherapeutischen Zielfindung dar. Ebenso werden die Fähigkeiten zur aktiven Freizeitgestaltung erfasst.

Das Verfahren *Melba* (*Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungs-gewandelter und Behinderter in Arbeit*) von Weinmann & Klevmann et al. (1988) dient der Erfassung von Patientenmerkmalen und Merkmalen der Arbeitsplätze. Angewandt werden vor allem die kognitiven Merkmale (Arbeitsplanung, Konzentration, Problemlösen etc.), sozialen Merkmale (Durchsetzung, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit etc.), Merkmale der Arbeitsausführung (Ausdauer, Pünktlichkeit, Selbstständigkeit etc.) und psychomotorischen Merkmale.

Zur **Steuerung des Therapieprozesses** findet in der zweiten Behandlungswoche die **Therapieplanbesprechung** statt, in der der zuständige Bezugstherapeut, der Arbeitstherapeut und der bereichsleitende Arzt die Befunde und diagnostischen Einschätzungen bewerten und Zielsetzungen ableiten. Darauf aufbauend werden in Einzelgesprächen mit dem Patienten psychotherapeutische, arbeitsbezogene und medizinische Zielsetzungen erarbeitet.

In einem **Zwischenbilanzgespräch** (in der 4.-6. Behandlungswoche) werden mit den oben genannten Therapeuten und dem Patienten bisherige Entwicklungsschritte reflektiert und weitere Zielsetzungen erarbeitet. Der Patient erhält dazu einen Vordruck, anhand dessen er sich auf das Gespräch vorbereiten kann. Er wird darin aufgefordert, sich mit der Zielsetzung vom Beginn der Behandlung auseinander zu setzen (siehe Anhang). Im Zwischenbilanzgespräch werden die Vorstellungen des Patienten zur Nachsorge erfragt, der Einzeltherapeut greift dies in den folgenden Wochen auf und bespricht mit dem Patienten die verschiedenen Möglichkeiten der Nachsorge. Der Therapeut informiert darüber hinaus die einweisende Beratungsstelle über den bisherigen Verlauf und bereitet so die Überleitung in die Nachsorge vor.

Die Möglichkeiten der **beruflichen Zukunft** werden in der 2. Behandlungshälfte in den Einzelkontakten gezielt analysiert und mit dem Patienten werden gemeinsam erste Schritte zum beruflichen Wiedereinstieg oder einer Neuorientierung geplant. Aufgrund unseres Settings können konkrete Erfahrungen besprochen werden, so dass der Patient Hilfestellung erhält, um die berufliche Orientierung möglichst effektiv zu gestalten.

### **10.1. Rückfallkonzept und Suchtmittelkontrollen**

In Form von Stichproben werden täglich Kontrollen des Atemalkohols vorgenommen sowie pro Patient 2-3mal während einer Behandlung Kontrollen des Ethylglucuronids. Bei Drogenpatienten ist ein höheres Maß an Kontrolle erforderlich, sodass engmaschigere Urinkontrollen durchgeführt werden.

Wir arbeiten nach verhaltenstheoretischen und systemischen Modellen mit Rückfällen, indem wir mit den Patienten analysieren, welche Funktion das rückfällige Verhalten erfüllt hat. Dabei soll die offene und kritische Selbstüberprüfung des Patienten gefördert werden. Zunächst wird die Rückfallsituation differenziert im Einzelsetting analysiert und dann in der Gruppentherapie veröffentlicht und bearbeitet. Wir verstehen einen Rückfall als Signal dafür, welche Belastung bisher nicht ausreichend beachtet worden ist beziehungsweise was bislang nicht zufrieden stellend gelöst wurde. Unter diesem Aspekt kann ein Rückfall eine Chance darstellen, geeignete Voraussetzungen für eine zufriedene Abstinenz zu schaffen. Die Bewusstmachung von Kon-

trollmöglichkeiten ist im ganztägig ambulanten Setting von besonderer Bedeutung, um die Voraussetzungen für die Rückkehr zur Abstinenz schon am Abend, wenn die Patienten in ihr häusliches Umfeld gehen, schaffen zu können.

Der Umgang mit Rückfällen sieht standardisiert folgende Elemente vor:

- Alkohol- oder Drogentest
- Medizinische Abklärung, ob eine Entgiftung notwendig ist
- Erstellen eines Rückfallprotokolls
- Überprüfung des Therapiesettings und ggf. Einleitung einer stationären Therapie oder anderer Hilfestellungen im häuslichen Umfeld
- Vereinbarung einer Probezeit mit Auflagen, die schriftlich im Therapievertrag festgehalten und abgezeichnet werden
- Gegebenenfalls Einbeziehen der wichtigen Bezugspersonen.

## **10.2. Umgang mit Fehlzeiten**

Eine besondere Herausforderung der ganztägig ambulanten Behandlung ist der Umgang mit dem Fernbleiben von Patienten. Entsprechend unserer Erfahrung hat ein Wegbleiben aus Therapiemaßnahmen eine hohe Signalfunktion und kritische Bedeutung bezüglich Rückfälligkeit. Therapieunterbrechungen müssen in hohem Maße ärztlich begründet sein (strikte Bettlägerigkeit) und werden von uns sehr ernst genommen, da sie prinzipiell die sinnvolle Weiterführung einer Behandlung in Frage stellen können.

Bei Patienten, die sich krank melden versucht der Mitarbeiter im Dienst, der morgens die Vollständigkeit der Patienten überprüft, einen fehlenden Patienten telefonisch zu erreichen. Es wird dabei die aktuelle Situation besprochen und im Fall von Rückfälligkeit genau das weitere Vorgehen abgesprochen. Eine Erkrankung verhindert nur im Fall der Transportunfähigkeit, die der Hausarzt feststellen muss, den Besuch der Therapie. Die übliche Krankschreibung für den Arbeitgeber greift für uns als Rehaeinrichtung nicht. Wir erwarten, dass Patienten auch im Krankheitsfall zunächst in die Klinik kommen, wo sie basismedizinisch versorgt werden und je nach Gesundheitszustand vom Tagesprogramm entlastet werden.

Wenn ein Patient 2 Tage nicht erscheint und telefonisch nicht erreichbar ist, erhält er von uns einen Brief, in dem er aufgefordert wird, sich spätestens 3 Werktage nach Versendung des Briefes erneut in der Tagesreha einzufinden oder sich umgehend mit uns in Verbindung zu setzen. Ansonsten wird die Maßnahme von unserer Seite beendet.

## **11. Behandlungsangebote**

### **11.1. Medizinische Versorgung**

Die medizinische Betreuung ist durch den Facharzt der Tagesrehabilitation gewährleistet, der sich täglich in der Einrichtung befindet. Er führt die Diagnostik und Aufnahmeuntersuchung des Patienten durch und bespricht mit ihm Maßnahmen für ein adäquates Gesundheitsverhalten während des Aufenthalts in der Tagesrehabilitation. Zu den Untersuchungsmaßnahmen gehören: körperliche und psychiatrische Unter-



suchung, Blutdruckmessung, Laboruntersuchungen, Verordnung von Medikamenten im Sinne einer Basisversorgung, Alkoholtests.

In täglichen Sprechstunden, können medizinische Fragen und Probleme erörtert und behandelt werden (diese Sprechstunden sind im Wochenplan aufgeführt). Bei besonderen Fragestellungen und Erkrankungen können niedergelassene Fachärzte hinzugezogen werden. Die Behandlung von Folgeerkrankungen können in der therapiefreien Zeit mit Kooperationspartnern in Darmstadt oder durch den Hausarzt behandelt werden. Der Arzt gestaltet die Schnittstelle zu den ärztlichen niedergelassenen Kollegen der Umgebung und Kollegen in Kliniken. Der Patient sollte zur Sicherung einer effektiven Versorgung am Aufnahmetag seinen Hausarzt gegenüber dem ärztlichen und therapeutischen Team der Einrichtung von der Schweigepflicht entbinden.

### **11.1.1. Gesundheitstraining**

Das Gesundheitstraining ist eine edukative Gruppe, die vom Arzt der Einrichtung und ergänzend von einer Ernährungsberaterin durchgeführt wird, um die Patienten über relevante Fragestellungen zum Thema Gesundheit und Abhängigkeitsentwicklung zu informieren sowie persönliche Einflussmöglichkeiten (Selbstmanagement) aufzuzeigen. Das Gesundheitstraining umfasst ein Curriculum von 10 Wochen mit Informationen zu suchtmittelbedingten körperlichen Folgeerkrankungen von Alkohol, Drogen und Nikotin und zu den Grundlagen einer gesunden, ausgewogenen Ernährung und Lebensführung. Es ist dabei kein reiner Vortragsstil vorgesehen, eigene Inhalte der Patienten werden aufgegriffen und integriert. Das Gesundheitstraining wird in einem Block von 10 Wochen einmal wöchentlich durchgeführt.

Inhalte sind:

- Klärung des Begriffs Gesundheit und Vermittlung des bio-psycho-sozialen Modells
- Vorstellung des Alkohols und anderer Suchtstoffe und deren Wirkung auf Körper und Psyche, akut und chronisch
- Vermittlung suchtherapeutischer Ansätze
- Alkohol als scheinbare Kommunikationshilfe, als „bester Freund in der Not“, als Lösungsversuch beim Vorliegen anderer psychiatrischer Erkrankungen
- Neurobiologie der Sucht
- Umgang mit Medikamenten
- Information über gesunde Lebensführung im Sinn eines ganzheitlichen Therapieansatzes
- Zyklen von Ruhe und Aktivität, geistige Anregung, Bewegung
- Psychisches Wohlbefinden und Selbststeuerungsprinzipien
- Aktive Freizeitgestaltung und deren Rückkopplungseffekte auf Psyche und Körper
- Schlafhygiene
- Auswirkungen von Arbeitslosigkeit, vor allem Langzeitarbeitslosigkeit
- Information über gesunde Arbeit, Erhaltung der Gesundheit am Arbeitsplatz
- Die Psychologie des Essens (Geschmackserlebnis wahrnehmen, Genussfähigkeit)

### **11.1.2. Ernährungsberatung**

An das Gesundheitstraining schließt sich die Ernährungsberatung von einer Fachkraft an, die zunächst allen Patienten die Grundlagen gesunder Ernährung einem Block von 2 Wochen einmal wöchentlich vermittelt. Es werden die häufigsten Ernährungsfehler erarbeitet und Informationen für eine gesunde, ausgewogene Ernährung vermittelt.

Inhalte sind:

- Allgemeine Ernährungslehre (Vitamine, Mineralstoffe etc.)
- Grundlagen einer vollwertigen, abwechslungsreichen Ernährung anhand der Lebensmittelpyramide.
- Ernährungsbedingte Krankheiten (zum Beispiel Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Gicht)
- Mehr pflanzliche, weniger tierische Lebensmittel
- Fettzufuhr: Realität – Empfehlung
- Funktion und Risiken von Cholesterin
- Bedeutung von Ballaststoffen
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Nährstoffschonende und fettarme Zubereitung
- Essverhalten und Mahlzeitenverteilung

### **11.1.3. Individuelle Ernährungsberatung**

Patienten mit besonderen Fragestellungen wie Diabetes, Übergewicht, Essstörungen, gastrointestinalen Erkrankungen, Fettstoffwechselstörung und chronischen Lebererkrankungen werden darüber hinaus individuell informiert und dazu angeregt, eine dem Krankheitsbild angepasste Ernährung umzusetzen. Es gibt für diese Patienten auch die Möglichkeit, von unserer Hauswirtschafterin ein individualisiertes Mittagessen zu erhalten, das dem Diätplan angepasst ist.

## **11.2. Psychotherapie**

### **11.2.1. Gruppentherapie**

Ein wesentlicher Bestandteil ist die dreimal wöchentlich stattfindende Therapie in einer festen Bezugsgruppe. Die Gruppengröße liegt zwischen 8 und 14 Patienten, die Gruppe wird halboffen geführt. Gruppen sind besonders gut geeignet, um eigenes Rollenverhalten durch die Interaktion zu erleben, zu betrachten, zu reflektieren und im geschützten Rahmen neue Verhaltensweisen auszuprobieren (Fiedler, 1999; Yalom, 1989). 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. Im Umgang mit Frustrationen, Ärger und Konflikten werden alternative Bewältigungsstrategien entwickelt und Möglichkeiten erarbeitet, konstruktiver mit gegenwärtigen Problemen umzugehen. Die Patienten können dies unter realistischen Bedingungen täglich erproben und einüben. Die Grup-

penmitglieder leisten durch ihre Rückmeldungen dabei eine wichtige Hilfestellung bei den Entwicklungsschritten des Einzelnen.

Besonderes Kennzeichen der Tagesreha ist die Möglichkeit zur Vernetzung der Patienten untereinander, indem sie zum Beispiel abends oder am Wochenende in kritischen Situationen telefonieren oder sich treffen können. Dies ermöglicht es den Patienten, die häufig relativ sozial isoliert gelebt haben, die Qualität von sozialer Unterstützung und von (ausgewogenem) Geben und Nehmen im Alltag zu erfahren.

### **11.2.2. Einzeltherapie**

Jeder Patient, jede Patientin erhält wöchentlich ein Einzelgespräch mit dem Bezugstherapeuten. In der Aufnahmephase wird der Aufbau eines positiven Arbeitsbündnisses gefördert, die Anamnese erhoben und es werden Zielsetzungen herausgearbeitet. Im Verlauf werden individuelle Problemstellungen bearbeitet und die Reflektion der bisherigen Lebenserfahrungen gefördert. Die Einzeltherapie dient auch dazu, interaktionelle Probleme, die sich zum Beispiel in den Gruppensitzungen zeigen, zu bearbeiten.

Um akute Krisen aufzufangen, können höherfrequente Gespräche und gegebenenfalls tägliche Kurzinterventionen stattfinden.

### **11.2.3. Partner-, Familiengespräche und Angehörigenseminare**

Von dem Problem der Abhängigkeitserkrankung ist nicht nur der Patient selbst, sondern sind auch seine Angehörigen betroffen. Das „familiäre Klima“ besteht bei fortgeschrittenen Suchtprozessen häufig aus einem Bündel von dysfunktionalen Verhaltensmustern, die letztlich unbewusst die Suchtpathologie aufrecht erhalten. Erfahrungsgemäß lässt sich daher mit einer therapeutischen Arbeit allein mit den Betroffenen nur sehr begrenzt auf sein privates Umfeld Einfluss nehmen. Ziel einer modernen Suchtbehandlung müssen deshalb auch Hilfsangebote für das unmittelbare Umfeld des Patienten sein. 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 zu Paar- oder Familiengesprächen und zur Teilnahme an einem Angehörigenseminar motiviert. Dieses findet alle sechs Wochen freitags von 12.30 Uhr bis 17.00 Uhr statt.

Je nach Bedarf werden ein bis mehrere Gespräche mit dem Partner, den Eltern oder „relevanten anderen“ Personen vereinbart, um Probleme und Verstrickungen tiefergehend zu klären und die Kommunikations- und Konfliktfähigkeit eines Paares/ der Familienangehörigen zu verbessern.

Die Angehörigenseminare mit Patienten und deren Angehörigen orientieren sich am Verfahren der Psychoedukation (Berger, Friedrich & Gunia, 2004). Als wesentliche Bestandteile gelten dabei insbesondere:

- Entstigmatisieren durch adäquate medizinische und psychologische Information
- Erleichterung der Ausbildung eines eigenen (möglichst realistischen) Krankheitsmodells
- Sensibilisierung für Rückfall-Signale
- Emotionaler Rückhalt/ emotionale Entlastung (Scham/Schuld)

- Aufdecken und Erkennen dysfunktionaler Kommunikationsmuster
- Wiederaufbau positiven Erlebens und gegenseitigen Verstehens in der Partnerschaft, um dadurch die Abstinenzsicherheit aller Beteiligten zu erhöhen und die gemeinsame Bewältigungskompetenz von Rückfallrisiken zu steigern
- Erarbeitung eines Notfallplans zum Umgang mit Rückfällen.

### **11.3. Themenzentrierte Gruppen**

#### **11.3.1. Rückfallprävention**

Die themenzentrierte Gruppe „Rückfallprävention“ findet einmal wöchentlich in der Großgruppe statt. Die Rückfall auslösenden Situationen sind unverzichtbare Bestandteile einer Entwöhnungsbehandlung (Arend, 1994). Der Rückfall wird als notwendige Lernmöglichkeit in den Veränderungsprozess mit einbezogen und aktiv genutzt. Es werden Bedeutung und Umgang mit rückfallauslösenden Situationen diskutiert und Strategien zur Verhinderung von Rückfällen erarbeitet. Wir versuchen, mit den Patienten ein Frühwarnsystem für die individuellen Rückfallauslöser zu entwickeln, die sie täglich im persönlichen sozialen und familiären Umfeld auf die Probe stellen und wenn nötig revidieren können. Weiterhin sollen belastende Gefühle, die funktional mit dem Suchtmittelkonsum im Zusammenhang stehen, identifiziert und alternative Bewältigungsmöglichkeiten erlernt werden (Stavemann, 1999).

#### **11.3.2. Stressbewältigung**

Die „Stressbewältigung“ findet als Großgruppe in einem Block von 6 Wochen einmal wöchentlich statt, sodass jeder Patient während seiner Behandlung an 6 Einheiten teilnimmt. Grundlage ist für uns das Transaktionale Stressmodell (Lazarus & Folkman, 1984), mit dem komplexe Stressempfindungen und Entstehungsprozesse erklärt und so die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien ermöglicht werden. Dabei wird den individuellen Faktoren, die unser Stressempfinden beeinflussen, besondere Bedeutung beigemessen. Dementsprechend werden in der Stressbewältigungsgruppe, basierend auf individuellem Stresserleben, individuelle Stressoren identifiziert und funktionale Zusammenhänge gemeinsam erarbeitet. Weitere Zielsetzungen sind die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien, das Erlernen kurzfristiger Erleichterungstechniken (zum Beispiel Entspannung) sowie langfristiger Möglichkeiten zur Stressreduktion wie die Änderung von Gewohnheiten und Arbeitsabläufen.

#### **11.3.3. Arbeitslosigkeit**

Die Indikationsgruppe „Arbeitslosigkeit“ findet für jeden arbeitslosen Patienten einmal in seiner Behandlungszeit in einem Block von 3 Einheiten je einmal pro Woche statt. Arbeitslose haben spezifische „Suchtfallen“, die mit ihrer Lebenssituation verbunden sind, wie die fehlende Zeitstruktur, die fehlende Anerkennung, der Verlust von Sozialkontakten, oft auch eine gesunkene Lebenszufriedenheit. Die Gruppe „Arbeitslosigkeit“ dient der Verbesserung der situationsbedingten Selbstwahrnehmung sowie der Erweiterung der Bewältigungsstrategien für den Alltag in Arbeitslosigkeit. Die Patienten werden dazu angeregt, sich ihre Kompetenzen bewusst zu machen, um dann

auch die Selbstpräsentation verbessern zu können. Weiterhin werden die Patienten motiviert, Ziele für die eigene berufliche Laufbahn zu entwickeln.

#### **11.4. Arbeitsbezogene Behandlungsmaßnahmen**

Rehabilitation bedeutet, wesentliche berufliche Problemstellungen zu analysieren und entsprechende Lösungen zu erarbeiten. Qualifizierte arbeitstherapeutische Hilfen sind daher notwendig und werden von einer Fachkraft angeboten. 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.

Zu Beginn der Behandlung steht die Diagnostik der Arbeitsfähigkeiten auf Grundlage der MELBA-Kriterien. Dies geschieht im Gespräch mit dem Patienten (Selbsteinschätzung) sowie in der Verhaltensbeobachtung bei der Eingangsarbeit (therapeutische Einschätzung). Unter Einbeziehung der Wünsche des Patienten werden individuelle arbeitstherapeutische Ziele ermittelt und verfolgt. Im Zwischenbilanzgespräch wird dann überprüft, ob eine Weiterführung der bisherigen arbeitstherapeutischen Maßnahmen sinnvoll ist oder ob sich der arbeitstherapeutische Schwerpunkt verlagert.

Folgende Angebote bieten dem Patienten eine Unterstützung zur Sicherung bzw. Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit:

- An 6 EDV-Arbeitsplätzen werden Grundkenntnisse in den Programmen Word, Excel, Access im einzeltherapeutischen Setting oder der Gruppe erlernt, ebenso der Umgang mit dem Internet.
- Für Patienten mit Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitsstörungen steht das Programm COGPACK zur Verfügung, um diese Fähigkeiten gezielt zu verbessern.
- Es werden individuelle Bewerbungstrainings durchgeführt, mit der Möglichkeit, unter Anleitung eine vollständige Bewerbungsmappe zu erstellen, im Internet über Jobbörsen nach Arbeitsstellen zu recherchieren und die Bewerbungssituation im Rollenspiel zu üben.
- Ein persönliches Interessen- und Kompetenzprofil kann erstellt werden, um eine berufliche Orientierung anzubahnen.
- In handwerklich-kreativen Einzelarbeiten werden die grundlegenden Arbeitsfähigkeiten erlernt und erprobt, in Projektgruppen wird die Teamfähigkeit trainiert. Betätigungsfelder sind die Bereiche Garten, Haustechnik und das Hauswirtschaftstraining sowie die Patientendienste zur Raumordnung.
- Die Patienten werden angeregt, ihre Freizeit bewusst als Kontrapunkt zur Arbeit zu gestalten. Kreative Tätigkeiten wie Fotografieren und digitale Bildbearbeitung, ausdruckszentrierte Einzelarbeiten, Bibliothotherapie, Spiele oder Sport sollen die Patienten mit verschiedenen Möglichkeiten der Entspannung Erfahrungen zu sammeln und so Kompetenzen zu erwerben.
- Die Alltagsnähe ermöglicht für arbeitssuchende Patienten den Kontakt zum Arbeitsagentur und BIZ sowie indikationsbezogen die Durchführung von Praktika zur Belastungserprobung und Orientierung auf dem Arbeitsmarkt.

### **11.5. Betriebsgespräche**

Aufgrund der Wohnortnähe ist die Einbeziehung der Betriebe und direkten Vorgesetzten bei berufstätigen Patienten gut möglich. Wir besprechen mit Vorgesetzten, ggf. der betrieblichen Suchtberatung, dem Betriebsarzt und dem Betriebsrat Fragen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz und ermöglichen einen Austausch über wechselseitige Ängste. Bei Bedarf können Arbeitserprobungen in die Therapie einbezogen werden.

### **11.6. Kreativitäts- und Kunsttherapie**

Kreativ- und kunsttherapeutische Angebote vermitteln einen kreativen Umgang mit verschiedenen Gestaltungstechniken und Materialien wie Speckstein, Seidenmalerei, Peddigrohr und Holz. Dies kann als Anregung für die zukünftige Freizeitgestaltung genutzt werden und zeigt den Patienten, was alles an Kreativität und Einfallsreichtum in ihm steckt. Unter fachlicher Anleitung und bei gemeinsamen Projekten lernen die Patienten eine neue Art kennen, sich mit sich selbst, aber auch mit ihren Mitmenschen zu beschäftigen. Im Rahmen der Kunsttherapie soll ein Zugang zu emotionalem und konflikthaftem Erleben erreicht werden, das über das gestalterische Handeln erlebt und reflektiert wird.

### **11.7. 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 (Laufband, Gerätetraining zum Muskelaufbau, Sauna) machen sich die Patienten wieder fit und können ihre Kondition aufbauen, was auch die psychische Verfassung stabilisiert. Die Patienten trainieren 2-3 mal wöchentlich im Fitnessstudio unter fachlicher Anleitung. Hierbei wird den unterschiedlichen Fitnessgraden der Patienten Rechnung getragen. Ziel ist auch, dass die Patienten Freude an körperlicher Betätigung erleben auch nach der Entlassung regelmäßige Bewegung in ihrem Alltag beibehalten.

Darüber hinaus können Patienten im Einzelfall bei Indikationsstellung gezielte Maßnahmen wie Training zur Stärkung der Rückenmuskulatur wahrnehmen.

### **11.8. Entspannung und Körperwahrnehmung**

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. Außerdem ist in vielen Fällen die Körperwahrnehmung der Patienten sehr eingeschränkt, was für die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und persönlicher psychischer Verfassungen sehr hinderlich ist. Eine verbesserte Selbstwahrnehmung spielt gerade im Hinblick auf rückfallauslösenden Situationen eine wichtige Rolle.

## **12. Weitere Behandlungsangebote**

### **12.1. Klärung sozialer Fragen**

Patienten mit Fragen zu finanziellen Angelegenheiten, Renten- und Versicherungsfragen, sozialrechtlichen und Wohnungsfragen werden fachgerecht unterstützt und erhalten zeitnahe Hilfe. Bei bestehender Schuldenproblematik wird die Zusammenarbeit mit der Schuldnerberatung koordiniert. Im Umgang mit Behörden und Ämtern bieten wir individuelle Hilfestellungen und leiten die Patienten dazu an, Kompetenzen aufzubauen und sich ein Unterstützungsnetz außerhalb der Therapie zu knüpfen. Zur Klärung von Berufs- und Ausbildungsfragen können über die Zusammenarbeit mit der Rehaberatung der Rentenversicherung oder den örtlichen Stellen der Bundesagentur für Arbeit und den Job-Center Maßnahmen der beruflichen Umorientierung oder Qualifikationsmaßnahmen erörtert werden.

### **12.2. Plenum**

In 14-tägigem Abstand werden in einer Runde von Patienten und dem therapeutischen Team Themen zur Gemeinschaft und zu Abläufen in der Klinik eingebracht. Unstimmigkeiten können besprochen werden, so dass die Patienten die Erfahrung machen, dass in der direkten Auseinandersetzung gemeinsam Lösungen erarbeitet werden. Die Patienten sollen durch Transparenz der Prozesse und Mitverantwortung für die Gemeinschaft aktiv mit einbezogen werden.

### **12.3. Freizeitgestaltung in der Tagesrehabilitation**

Der Aufbau einer aktiven, befriedigenden Freizeitgestaltung ist ein wichtiges Therapieelement der Suchtbehandlung, da die Patienten in diesem Bereich oft über geringe Kompetenzen verfügen. Über die Entwicklung einer konstruktiven Freizeitgestaltung sollen die Patienten die Erfahrung machen, dass sie ihre Befindlichkeit selbst beeinflussen und ein positives Selbstwertgefühl entwickeln können. Weiterhin trainieren die Patienten dadurch den Kontakt mit anderen und können ihre soziale Kompetenz verbessern.

An den Samstagen können verschiedene Freizeitangebote und -aktivitäten innerhalb der Tagesrehabilitation (z.B. Tischtennis, Backen, Gemeinschaftsspiele) und der Umgebung (Museumsbesuche oder andere lokale Kulturveranstaltungen, Wanderungen) erprobt werden. Es werden gemeinsam mit den Therapeuten Unternehmungen in der Gruppe geplant. Der Therapeut gibt Hilfestellung bezüglich der Gruppenentscheidung und Organisation, die Patienten tragen die nötigen Informationen und Anregungen in eigener Verantwortung zusammen.

### **12.4. Hauswirtschaft**

Das Mittagessen wird täglich von Montag bis Freitag von einer Fachkraft vor Ort zubereitet und gemeinsam im Speiseraum 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.

## **12.5. Kochkurs**

Die Fähigkeit, sich eigenständig ein gesundes und ausgewogenes Essen zuzubereiten, betrachten wir als Voraussetzung zur Alltagsbewältigung. Die Grundlagen hierfür, d.h. selbstständiges Einkaufen anhand eines Rezepts und Zubereitung der Speisen werden im Kochkurs vermittelt, der einmal pro Woche über vier Wochen stattfindet. Die Zubereitung des Essens für alle Patienten erfolgt unter hauswirtschaftlicher Anleitung in Kleingruppen. Die Fachkraft diskutiert mit den Teilnehmern des Kochkurses die Zusammensetzung von Speiseplänen, um ein Bewusstsein für gesunde Ernährung zu schaffen.

## **12.6. Nichtrauchertraining**

Bereits im Rahmen des Gesundheitstrainings wird die Motivation zur Nikotinabstinenz gefördert. Mit Hilfe von verhaltenstherapeutischen Selbstkontrollprogrammen, Selbstbeobachtung und der Anwendung von Entspannungsverfahren können motivierte Patienten Unterstützung beim Erreichen der Nikotinabstinenz erhalten. Auf Wunsch bietet der Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie eine akupunkturgestützte Raucherentwöhnung an.

## **12.7. Seelsorge**

Die Beschäftigung mit sich selbst während der Therapie führt häufig zu einer Auseinandersetzung mit Sinnfragen und Werten. Zur Unterstützung bei Sinnfindungsprozessen werden von unserem Seelsorger einmal im Monat Gruppengespräche und Einzelgespräche bei Bedarf angeboten.

## **12.8. Überleitung in die ambulante Rehabilitation oder Nachsorge**

In der zweiten Hälfte der Behandlung nimmt der Bezugstherapeut Kontakt zur Beratungsstelle auf und bereitet mit dem Patienten die Nachsorge vor. Neben der Klärung der Frage, ob eine ambulante Reha stattfinden soll und der Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle wird der Patient angehalten, zu (s)einer Selbsthilfegruppe Kontakt aufzunehmen.

## **12.9. 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.



### **13. Qualitätssicherung/-management**

Jährlich erstellen wir einen Qualitätsbericht zur Information von Menschen, die sich für eine Behandlung interessieren, für Kooperationspartner und für Leistungsträger der Rentenversicherung, der Krankenversicherung und anderer Träger von Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX. Wir folgen damit einer Empfehlung der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) und des Bundesverbandes stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“).

In diesem Qualitätsbericht machen wir Aussagen zur Behandlung von Suchtkranken, die mit den Ergebnissen anderer Kliniken vergleichbar sind. Im Juni 2010 wurde unser Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008 und „deQus“ zertifiziert. Die Zertifizierung ist von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im Sinne des Akkreditierungsverfahrens nach § 20 Absatz 2a SGB IX anerkannt. Kernsätze unserer Qualitätspolitik sind:

1. Die Klinik arbeitet im engen Verbund mit Partnern
2. Modulare stationär/teilstationäre Therapieverläufe werden umgesetzt
3. Die Angehörigenarbeit wird an das teilstationäre Setting angepasst
4. Die Wege zur Behandlung werden vereinfacht

Die Fachklinik "Am Birkenweg" erfüllt damit alle Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung. Wir stimmen unsere Leistungen mit den Reha-Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung ab. Die Evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) stellen die Grundlage des von uns angebotenen Leistungsspektrums dar.

Zur kontinuierlichen Verbesserung werden die Berichte zur Qualitätssicherung (KTL, Peer Review, Patientenbefragung, Struktur, ETM und weitere) der Rentenversicherungsträger herangezogen. Die klinikeigene Patientenbefragung nutzen wir zur Verbesserung der Abläufe und ggf. nötigen Anpassung an die sich verändernden Lebensbedingungen der Patienten. Wir nehmen an der bundesweiten Suchthilfestatistik teil.

Die regelmäßig stattfindende Teamsupervision nutzen wir zur Verbesserung der Qualität unserer therapeutischen Arbeit.

### **14. Wochenplan**

Der beigefügte Wochenplan für die 6. Woche gibt beispielhaft einen Einblick in das therapeutische Angebot der Klinik.



### Wochenplan in der 6. Woche

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
08.15 – 08.45 Uhr Morgenrunde 08.30-8.55 Uhr ärztl. Sprechstunde	08.15 – 08.45 Uhr Morgenrunde 08.30-8.55 Uhr ärztl. Sprechstunde	08.15 – 08.45 Uhr Morgenrunde	08.15 – 08.45 Uhr Morgenrunde 08.30-8.55 Uhr ärztl. Sprechstunde	08.15 – 08.30 Uhr Morgenrunde 08.15-8.55 Uhr ärztl. Sprechstunde	08.15 – 9.30 Uhr gemeinsames Frühstück
09.00 – 10.30 Uhr Gruppentherapie 10.30-10.45 Uhr Pause	09.00 – 10.30 Uhr Gruppentherapie	09.00 – 10.30 Uhr Rückfallprophylaxe	09.00 – 10.30 Uhr Gruppentherapie	09.00 – 10.30 Uhr Stressbewältigung	09.30 – 12.00 Uhr Samstagsaktivität
10.45 – 11.45 Uhr Gesundheitstraining 12.00 – 13.30 Uhr Mittagessen + Pause	10.30-11.00 Planung der Sams- tagsaktivität 11.10 – 12.00 Uhr Einzelgespräch	10.30 – 11.00 Uhr Pause 11.00 – 11.45 Uhr Progressive Mus- kelentspannung	10.30 – 10.45 Uhr Pause 10.45 – 11.45 Plenum	10.30 – 11.00 Pause 11.00 – 12.00 Uhr Betriebsgespräch	12.00 – 12.30 Uhr Abschlussrunde
13.30 – 15.45 Uhr Sporttherapie	12.00 – 13.15 Uhr Mittagessen + Pause	12.00 – 13.30 Uhr Mittagessen + Pause	12.00 – 13.30 Uhr Mittagessen + Pause	12.00 – 13.30 Uhr Mittagessen + Pause	
15.45-16.00 Uhr Pause	13.15 – 14.15 Uhr Ernährungsberatung in der Gruppe 14.30- 15.55 Arbeits/Ergotherapie	13.30 – 15.45 Uhr Sporttherapie	13.30-16.00 Kreativitäts- Kunsttherapie	13.30 – 16.00 Uhr Arbeits-/ Ergotherapie	
16.00 – 16.30 Uhr Abschlussrunde	16.00 – 16.30 Uhr Abschlussrunde	16.00 – 16.30 Uhr Abschlussrunde	16.00 – 16.30 Uhr Abschlussrunde	16.00 – 16.30 Uhr Abschlussrunde	

## 15. Literatur

- Angermaier, M.J. (1994). Gruppenpsychotherapie. Lösungsorientiert statt problemhypnotisiert - systemische Gruppentherapie nach De Shazer. BeltzPVU
- Bauer, J. (2005). Warum ich fühle was du fühlst- Das Geheimnis der Spiegelneuro- ne. Hoffmann und Campe.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Beltz. Psychologie Verlags Union Weinheim.
- Benton, A.L., Benton-Sivan, A., Spreen, O. & Streck, P.(2009). Der Benton Test. Manual. 8. überarbeitete und ergänzte Auflage. Huber
- Berger, H., Friedrich, J. & Gunia, H. (2004). Psychoedukative Familienintervention. Manual zu Grundlagen und Praxis. Schattauer Stuttgart.
- Brüggemann, S. & Lindow, B. (2009). Leitlinie für die stationäre und ganztägig ambu- lante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. Modulare Therapiestandards zur Reha- Qualitätssicherung. Konsultationsfassung.
- Brickenkamp, R. (1994). d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. 8. Auflage. Hogrefe Verlag Göttingen.
- Dahl, G. (1986). WIP. Handbuch zum Reduzierten Wechsler-Intelligenztest. Anwen- dung, Auswertung, statistische Analysen, Normwerte. 2. vollst. überarbeitete Auflage. Beltz Athenäum.
- Fiedler, P. (1999). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Beltz Verlag Heidelberg.
- Franke, G. (1995). SCL-90R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Ver- sion. Beltz Test GmbH Göttingen.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Hogrefe.
- Heigl-Evers, A. (1984). Sozialpsychologie, Band 2: Gruppendynamik und Gruppen- therapie, Weinheim/Basel.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996) Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 2. überarbeitete und veränderte Auflage. Springer Verlag Berlin.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das Strukturierte Trainingsprogramm STAR. Springer Verlag Berlin.
- Lazarus, A. (1973). Fragebogen zur Lebensgeschichte. Erw. v. Zimmerer, D.& E- chelmeyer, L. Dt. Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen.
- Lazarus, A. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Lindenmeyer, J. (1999). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Band 6. Hogrefe Verlag Göttingen.

Meichenbaum, D. (1991) Intervention bei Streß. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. Hans Huber Bern.

Meyers, R. J. & Smith, J. E. (2011). CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. 4. Auflage. Psychiatrie-Verlag.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus.

Perty, J. (1994). Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. Beltz Verlags Union Weinheim.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. Aus: Hersen, M. , Eisler, R. & Miller, P. (Eds): Progress in behavior modification. Sycomore Press.

Sammer, U. (1999) Entspannung erfolgreich vermitteln. Progressive Muskelentspannung und andere Verfahren. Pfeiffer Stuttgart.

Schmid , C. & Reichel, M. (2005). Therapiekonzept der Klinik Schloß Falkenhof und Ergänzungskonzept für die Behandlung drogenabhängiger Patienten in der Klinik Schloß Falkenhof. Bensheim.

Sulz, S.K. & Heekerens, H.-P. (2002). Familien in Therapie. Grundlagen und Anwendung kognitiv-behavioraler Familientherapie. CIP-Medien München.

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

Weinmann & Klevmann et al. (1988). Melba. Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit.

Yalom, I.D. (1989). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. Pfeifer München.

## 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	DR Bund, DR Hessen, Krankenkassen, Selbstzahler und weitere Kostenträger nach Absprache
Plätze	20 Plätze.
Einzugsbereich	Rhein-Main-Gebiet, Dieburg, Odenwald, Bergstraße, Unterfranken, Anfahrt max. 1 Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln von „Tür zu Tür“







### So erreichen Sie uns

Die Fachklinik „Am Birkenweg“ in Darmstadt liegt in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof und nur wenige Minuten vom Stadtzentrum entfernt. In dieser zentralen Lage ist sie für Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Rhein-Main-Gebiet sowie aus den Regionen Odenwald und Bergstraße mit öffentlichen Verkehrsmitteln und mit dem PKW in weniger als einer Stunde zu erreichen. Die geräumige Stadtvilla, von einem Garten umgeben, bietet ein angenehmes Ambiente und ideale Räumlichkeiten für die Therapie.

## Fachklinik „Am Birkenweg“

**Birkenweg 17. 64295 Darmstadt**

Internet [www.tagesrehabilitation.de](http://www.tagesrehabilitation.de)

E-Mail [tagesrehabilitation@caritas-darmstadt.de](mailto:tagesrehabilitation@caritas-darmstadt.de)

### Bereichsleiterin:

Dr. med. Ursula Hebrank

Ärztin für Psychiatrie / Psychotherapie

Telefon: 06151 1303712

E-Mail: [u.hebrank@caritas-darmstadt.de](mailto:u.hebrank@caritas-darmstadt.de)

### Ärztliche Leitung

Dr. med. Carlo Schmid

Arzt für Psychiatrie / Psychotherapie

– Sozialmedizin –

**Verwaltungsleitung** Karl-Heinz Schön

**Träger:** Caritasverband Darmstadt e. V.

Heinrichstraße 32a, 64283 Darmstadt, [www.caritas-darmstadt.de](http://www.caritas-darmstadt.de)

Mitglied im Suchthilfeverbund der Caritasverbände in Hessen

