

REHABILITATIONSKLINIK FÜR SUCHTERKRANKUNGEN DER
SERRAHNER DIAKONIEWERK GEM. GMBH

Therapiekonzeption

Stationäre Suchttherapie

Dr. Werner Traub, Dipl.-Psych. Elke Wichert

Dipl.-Soz.-Päd. Frank Lehmann

2016

1 INHALT

1.	EINLEITUNG.....	5
2.	ALLGEMEINES.....	5
3.	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung.....	6
4.	Rehabilitationskonzept.....	7
4.1	Theoretische Grundlagen.....	7
	Auf der körperlichen Ebene.....	7
	Auf der seelischen (psychischen) Ebene.....	7
	Auf der spirituellen Ebene der Sinnfindung.....	7
4.2	Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen.....	8
4.3	Rehabilitationsziele.....	9
	Rehabilitationsziele in Bezug auf psychische und körperliche Funktionen.....	10
	Rehabilitationsziele bezogen auf Alltagsaktivitäten.....	10
	Rehabilitationsziele im Hinblick auf das Einbezogen- und Beteiligtsein (Verbesserung der Teilhabe).....	10
	Rehabilitationsziele bzgl. des sozialen Umfelds des Patienten („Kontextfaktoren“).....	11
4.4	Rehabilitationsdauer.....	12
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung.....	13
4.6	Rehabilitationsprogramm.....	13
4.7	Rehabilitationselemente.....	13
4.7.1	Aufnahmeverfahren.....	13
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik.....	14
	Medizinische Diagnostik.....	14
	Sporttherapeutische Diagnostik.....	14
	Psychodiagnostik.....	14
	Arbeits- und Ergotherapeutische Diagnostik.....	16
4.7.3	Medizinische Therapie.....	16
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote.....	16
	Grundsätzliches zur Psychotherapie in der Reha-Klinik Serrahn.....	16
	Vorgehensweise.....	17
	In der Reha-Klinik Serrahn angewandte Verfahren der Verhaltenstherapie (Auswahl)....	18
	Konfrontationsverfahren.....	18

Operante Verfahren.....	18
Kognitive Verfahren.....	19
Heimfahrten	19
Seelsorge	19
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen	20
Ergotherapie.....	20
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	21
4.7.7 Freizeitangebote	21
4.7.8 Sozialdienst.....	21
4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung.....	22
4.7.10 Angehörigenarbeit	22
4.7.11 Rückfallmanagement.....	22
4.7.12 Krankenpflege	23
4.7.13 Weitere Leistungen	23
Ergänzende Angebote der Serrahner Diakoniewerk gGmbH.....	23
4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	24
5. Personelle Ausstattung	24
6. Räumliche Gegebenheiten	25
7. Kooperation und Vernetzung	25
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung.....	25
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	25
10. Notfallmanagement	25
11. Fortbildung	25
12. Supervision.....	26
13. Hausordnung / Therapievertrag	26

Anhang I

1	Rückfallkonzept der Reha-Klinik Serrahn - Einleitung.....	27
2	Definition von Rückfällen.....	27
2.1	Rückfalltheorien.....	28
2.2	Faktoren der Rückfallentstehung	28
3	Umgang mit dem Rückfall bzw. Therapie des Rückfalls	29
3.1	Der Rückfall und seine Bedeutung für den Therapeuten	29

3.2	Kriterien für Rückfallarbeit vs. Entlassung	30
3.3	Rückfallaufarbeitung.....	31
3.3.1	Absicherung der Situation	31
	Klärung, ob Weiterarbeit in der Einrichtung möglich ist (Rückfallberatungsteam)	31
	Entlassung bzw. Therapieabbruch.....	32
	Inhaltliche Arbeit und Auseinandersetzung mit dem Rückfall.....	33
	Feedbackschleife	33

Anhang II

1	Rückfallkonzept der Reha-Klinik Serrahn bei Neuaufnahme - Einleitung	34
2	Indikations- und Verfahrensfragen.....	34
3	Behandlungsverlauf	36

Anhang III

Muster-Wochenplan	39
-------------------------	----

Anhang IV

Literatur.....	40
----------------	----

1. EINLEITUNG

Die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen führen als Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 SGB IX) durch. Diese kommen nur in Betracht, wenn damit die in §§ 11 und 27 SGB V, § 9 SGB VI und § 4 Abs. 1 SGB IX aufgeführten Ziele verfolgt werden.

Ausgerichtet ist die medizinische Rehabilitation in Serrahn an den verschiedenen Dimensionen des biopsychosozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie sie in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurden. Die Erkrankungen und ihre Folgen werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren verstanden. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit wider.

Die Rehaklinik Serrahn legt ein wissenschaftlich begründetes Konzept vor. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf Zielvorstellungen, die mit der Erhaltung bzw. Wiederherstellung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit) und Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft verbunden sind. Von Gewicht ist ebenfalls die Tatsache, dass bei Vorliegen rehabilitationsbedürftiger Folge- und Begleiterkrankungen diese zusammen mit der Abhängigkeitserkrankung im Rahmen der Rehabilitation zu behandeln sind (vgl. § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Die Rehaklinik Serrahn beteiligt sich an den „Qualitätssicherungsprogrammen“ einschließlich der „Effektivitätskontrollen“ der Kostenträger. Die durchgeführten Leistungen werden angemessen dokumentiert.

2. ALLGEMEINES

Bezeichnung des Rehabilitationskonzepts: Stationäre Suchttherapie in Form von stationärer Entwöhnungsbehandlung mit den Hauptindikationen Alkohol- (incl. dem ansteigenden Beikonsum von illegalen Drogen) und Medikamentenabhängigkeit.

Die Serrahner Diakoniewerk gGmbH (IK: 501301574) hat ihren Sitz in Am Pfarrhof 1, 18292 Serrahn, und ist unter der Nummer HRB 11851 in das Handelsregister beim Amtsgericht Rostock eingetragen.

Telefon: 038456-625-13

Fax: 038456-625-27

Email: info@rehaklinik-serrahn.de

Internet: www.rehaklinik-serrahn.de

Geschäftsführer: Herr Peter Grosch

Verwaltungsleitung: Frau Birgit Dorner

Ärztlicher Leiter: Dr. Werner Traub

Leitende Psychologin: Dipl.-Psych. Elke Wichert, PP

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

3. BESCHREIBUNG DER MEDIZINISCHEN REHABILITATIONSEINRICHTUNG

Die Reha-Klinik befindet sich im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, in Kuchelmiß, OT Serrahn, Die gGmbH ist aus dem Verein „Diakonisches Zentrum e.V.“ hervorgegangen und Mitglied im Diakonischen Werk der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche in Mecklenburg e. V. als Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege. Er ist damit dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland angeschlossen. Eine Zusammenarbeit besteht mit dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS). Die Reha-Klinik ist Mitglied im Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (BUSS). Der Beginn der diakonisch-missionarisch ausgerichteten Arbeit mit Suchtkranken erfolgte im Jahr 1971. Seit dieser Zeit wurde in Serrahn die Arbeit an Alkoholkranken in Mecklenburg in der geistlichen, seelsorgerlichen und fachlichen Prägung der AGAS (Arbeitsgemeinschaft zur Abwehr der Suchtgefahren), bzw. des Blauen Kreuzes aufgebaut. Dies bedeutete gleichzeitig den Anfang einer stationären Behandlung suchtkrankender Menschen. Im September 1995 wurde die jetzige Klinik eröffnet.

Die Einrichtung stellt 36 Plätze zur Behandlung von Männern und Frauen ab 18 Jahren (ohne weitere Altersbegrenzung) zur Verfügung. Mit der DRV-Nord wurde vereinbart, dass in Ausnahmefällen auch primär Drogenabhängige aufgenommen werden können, wenn diese zuvor bereits in anderen Einrichtungen des SDW Serrahn gewesen sind und ein nahtloser Übergang möglich wäre. Die Behandlungszeit beträgt in der Regel und in Abhängigkeit von der Art der Erkrankung zwölf Wochen, bei Drogenabhängigkeit mehr. Sie verkürzt sich, wenn die Behandlungsziele früher erreicht werden, sie kann durch einen gesonderten Antrag beim zuständigen Kostenträger verlängert werden. Es gibt eine Zentralküche, die alle Einrichtungen des Trägers versorgt. Dazu gehören das Doppeldiagnosezentrum, die SOS-Station, die „Alte Post“ als stationäre Vor- und Nachsorgeeinrichtungen sowie die Nachsorgeeinrichtung Linstow. Zusätzlich gibt es Ambulant Betreutes Wohnen in Serrahn und in Ave bei Penzlin.

Die Rehaklinik verfügt über alle psychiatrischen Diagnoseinstrumente, Alkoholmessgeräte, Drogenkontroll-Labor, diverse Ergometer, Spirometrie, Notfallkoffer, Defibrillator und die Möglichkeit, einen Hund mitzubringen. Alle psychiatrischen Erkrankungen, sofern sie nicht die krankenhausbehandlungsbedürftig sind, werden während der Rehabilitation mit behandelt. Leiden beide (Ehe-)Partner gleichzeitig an einer Suchterkrankung und ist eine gemeinsame Therapie indiziert, so nehmen wir das Paar auf und bringen es in einem Doppelzimmer unter. Die Partner werden jedoch verschiedenen Therapiegruppen und damit Bezugstherapeuten zugeordnet. Diese Form der Behandlung bietet dem einzelnen Partner die Chance zur persönlichen, individuellen Reflektion und Weiterentwicklung. Ist die Paarbeziehung ungestört, ermöglichen räumliches Zusammenleben und Paargespräche die Beziehung noch weiter zu verbessern. Sollte die Paarbeziehung gestört sein und eine Aufrechterhaltung der Partnerschaft gewünscht werden erfolgt die Paarbehandlung auf verhaltenstherapeutischer Grundlage (s. 12.3) nach einem entsprechenden Konzept¹.

Unsere Klinik bietet nach Voranmeldung Führungen an. Für Therapie-Interessierte, Angehörige, Mitarbeiter anderer ambulanter oder stationärer Einrichtungen und weitere Gäste stehen die Mitarbeiter zur Verfügung und erläutern Ihnen gern die Arbeitsweise der Klinik oder gehen auf Ihre Fragen zur Suchtbehandlung ein.

Viele Patienten mit Suchterkrankungen haben erlebt, dass ihnen die überschaubare Größe unseres Hauses geholfen hat, Ängste und Verunsicherungen abzubauen, die mit einem längerfristigen Aufenthalt in bisher unbekannter Umgebung einhergehen. Die Lage unserer Einrichtung inmitten der wald- und wasserreichen Mecklenburger Landschaft trägt dazu bei, Körper und Seele aufzubauen. Ausgedehnte Spaziergänge in fast unberührter Natur bieten sich für die therapiefreie Zeit an, ebenso Ausflüge mit dem Ruderboot oder dem Fahrrad in die Umgebung. Im Rahmen der Haus- und Therapieordnung (s. Anhang IV) steht unser Fahrdienst für notwendige Fahrten (z. B. Einkaufsfahrten, Gruppenausflüge usw.) zur Verfügung. Der nächste Busbahnhof ist in Krakow am See (7 km entfernt), der nächste Zugbahnhof in Langhagen (6 km entfernt). Die Rehaklinik ist somit auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Wir nehmen Patienten vorrangig aus dem Bereich der DRV-Nord, aber auch aus ganz Deutschland auf.

Die Rehaklinik Serrahn hat mit allen DRVen und Krankenkassen Versorgungsverträge zur Durchführung stationärer Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen.

¹ Schindler, Hahlweg, Revenstorf: Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie; Springer 1998

4. REHABILITATIONSKONZEPT

4.1 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Die Abhängigkeitserkrankung verändert und beeinträchtigt den Betroffenen in seinem gesamten Leben. Die Linderung von Leiden und die Verlängerung eines selbstverantwortlichen Lebens sind unsere Rahmenbedingungen, unter denen wir in Serrahn arbeiten. Dazu gehören wesentlich die Abstinenz von allen Suchtmitteln, sofern dies realistisch erreichbar scheint und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit als zentrale Therapieziele. Es gibt jedoch chronifizierte Abhängigkeitserkrankungen, bei der Abstinenz nach menschlichem Ermessen unerreichbar scheint, jedoch unter einer kontrollierten Zufuhr von Ersatzmedikamenten (z. B. Ersetzung von Benzodiazepinen durch Carbamazepin) trotzdem ein verantwortliches Leben mit einer bestimmten, eingeschränkten, Leistungsfähigkeit herstellbar ist. Rückfälle gehören zu Suchterkrankungen dazu, sie definieren sie geradezu. Es gibt Patienten, die niemals einen Rückfall erleiden, ebenso wie es solche gibt, die häufiger Rückfälle erleben. Unsere Konzeption ist darauf ausgerichtet, die Rückfallwahrscheinlichkeit so gering wie möglich zu halten. Es werden deshalb unangekündigt Kontrollen der Atemluft, des Urins und der persönlichen Gegenstände (z. B. Taschen, Schränke usw.) durchgeführt, um sicher zu stellen, dass kein Alkohol und keine nicht zugelassenen Medikamente oder illegale Drogen konsumiert werden. Dabei wird berücksichtigt, dass ein Rückfall auch hilfreich sein kann, wenn der Betroffene dadurch zu einer besseren Krankheitseinsicht und mehr Verständnis in die Zusammenhänge zur Aufrechterhaltung und Sicherung von Abstinenz bekommt.

Bei der Behandlung der Suchterkrankungen wird das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell zugrunde gelegt. Hierbei werden die drei Grunddimensionen menschlichen Erlebens im Sinne der ganzheitlichen Sichtweise einbezogen: Körper, Seele (Psyche) und Spiritualität.

AUF DER KÖRPERLICHEN EBENE

erfolgt eine engmaschige allgemeinmedizinische und psychiatrische, in jedem Falle aber organregenerierende und bewegungszentrierte Rehabilitation. Die Ernährung ist ausgewogen, regelmäßig und wird ggf. diätetisch den diagnostizierten internistischen Erkrankungen angepasst (bei Diabetes, Lebererkrankungen usw.). Die körperliche Leistungsfähigkeit wird je nach den individuellen Voraussetzungen des Einzelnen trainiert und verbessert.

AUF DER SEELISCHEN (PSYCHISCHEN) EBENE

achten wir im Sinne des Selbstmanagementkonzepts² darauf, dass der Patient ein tiefer gehendes Verständnis der Suchterkrankung sowie evtl. weiterer psychiatrischer Erkrankungen, unter denen er leidet, erwirbt und ihm die psychische Lösung aus der Abhängigkeit ebenso möglich wird, wie die Veränderung sonstiger Verhaltensweisen, die zu Schwierigkeiten im Alltag führen. Wir fördern durch unsere verhaltenspsychologisch ausgerichtete Psychotherapie die Alltagskompetenz und Persönlichkeitsstabilität. Dazu gehören auch das Akzeptieren einer dauerhaft notwendigen Abstinenz gegenüber dem Suchtmittel und die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung im Sinne einer emotionalen Stabilität und einer effektiven Lebensbewältigung. Wesentlich ist der Aufbau einer Tagesstrukturierung und die Eingewöhnung in Arbeitsabläufe im Rahmen unseres arbeitstherapeutischen Schwerpunkts mit dem Ziel der Verbesserung der sozialen Leistungsfähigkeit und möglichst die Erhöhung der sozialen Leistungsfähigkeit auf das Niveau, das eine Wiedereingliederung in den 1. Arbeitsmarkt möglich macht.

AUF DER SPIRITUELLEN EBENE DER SINNFINDUNG

² Schmelzer, D., „Hilfe zur Selbsthilfe“: *Der Selbstmanagement-Ansatz als Rahmenkonzept für Beratung und Therapie*, Beratung Aktuell, 4, 2000

Kanfer, F.H., Reinecker, H & Schmelzer, D., *Selbstmanagement-Therapie*, Ein Lehrbuch für die klinische Praxis, Springer, 2006,

Sadowski, P. "Der mündige Trinker", *Selbstmanagement-Therapie für Alkohol Kranke*, dgvt-verlag, 2007

erlebt sich der Abhängige häufig ohne ein tragendes Lebensfundament und ohne einen verbindlichen Orientierungsmaßstab. Die Folgen sind u. a. mangelnde Stabilität bei existentiellen Lebenskrisen und höhere Haltlosigkeit und Frustrationsintoleranz bei Spannungs- und Belastungsfaktoren des alltäglichen Lebens. Motivation und Durchhaltefähigkeit werden von einer gelebten Spiritualität und festen Glaubensbeziehungen ebenfalls gefördert³. Deshalb ist das Angebot von christlich geprägter Lebenshilfe ein Baustein der Behandlung, welcher von besonders am Thema interessierten Patienten durch den Besuch einer entsprechenden indikativen Gruppe vertieft werden kann. Letztlich bestimmt aber der Patient selbständig seine Schwerpunkte und trifft seine persönlichen Entscheidungen.

4.2 REHABILITATIONSINDIKATIONEN UND -KONTRAINDIKATIONEN

Die Teilnahme an der Therapie ist volljährigen Frauen und Männern möglich. Die Patienten sollen grundsätzlich motiviert bzw. motivierbar sein, ihr Leben suchtmittelfrei gestalten zu wollen und Bereitschaft zeigen, Hilfe anzunehmen und umzusetzen. Bei bestehender Hauptindikation „Alkoholabhängigkeit (F10.2)“ werden auch alle weiteren Substanzabhängigkeiten therapiert.

Die häufig zusätzlich vorhandenen weiteren psychiatrischen Erkrankungen werden ebenfalls behandelt, sofern kein Krankheitsstadium vorliegt (z. B. F20, F29, F30 bis F39, F40 bis F48, F50, F60 bis F69), das Krankenhausbehandlung erfordert.

Nicht behandelt werden können:

³ Peter Hübner: Prolegomena zu einer christlichen Psychologie. Bernard, Lüdenscheid c1990

Samuel Pfeifer: Die Schwachen tragen. Moderne Psychiatrie und biblische Seelsorge. 2002

Eckhard Frick: Sich heilen lassen. Eine spirituelle und psychoanalytische Reflexion. 2. Aufl. 2005

Dieterich, Michael: Handbuch Psychologie und Seelsorge . Brockhaus, 6. Aufl. 2000

Mark R. McMinn: Psychology, Theology, and Spirituality in Christian Counseling . Tyndal, 1996

Eric L. Johnson: Psychology and Christianity: Four Views. InterVarsity, 2000

Harold Faw: Psychology in Christian Perspective: An Analysis of Key Issues. Baker, 1995

Stanton Jones, Richard Butman: Modern Psychotherapies: A Comprehensive Christian Appraisal. InterVarsity, 1991

Harold D. Delaney and Timothy E. Goldsmith: Scientific Psychology and Christian Theism, 1999

Internetquellen:

Martin Steinbach: Christliches Therapiekonzept und Behandlungserfolg bei depressiven Patienten am Diakoniekrankenhaus Elbingerode, 5. Internationaler Kongress Marburg 2006

Klinik Hohe Mark, Therapiekonzept der Abteilung Psychotherapie

Thomas Wuebbena: Volkskrankheit Depression, 5. Internationaler Kongress Marburg 2006

De Ignis Fachklinik: Therapieverfahren

De'Ignis: Menschenbild

Eckhard Frick: Glauben ist keine Wunderdroge

Klinik Hohe Mark: Strukturierter Qualitätsbericht 2004

Akademie für Psychotherapie und Seelsorge: Wer wir sind

-
- Erkrankungen mit fortgeschrittener Hirnleistungsminderung, z. B. Demenz (F00, F01, F02, F03, F04) oder ausgeprägte Intelligenzminderung (F71, F79).
 - Erkrankungen mit hohem Pflegebedarf (z. B. Bettlägerigkeit)
 - Erkrankungen mit akuter Selbst- und Fremdgefährdung

Für alle Indikationen ist zu berücksichtigen, dass eine Reha-Maßnahme durch die DRV nicht in Betracht kommt, wenn bereits eine rentenrelevante Minderung des Leistungsvermögens besteht bzw. eine Wiedereingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Für diese Patienten kann dann die Krankenkasse die Kosten der Rehabilitation übernehmen.

Weitere Voraussetzungen sind:

- Antragstellung und Vorbereitung durch die örtliche Beratungsstelle
- Kostenzusage durch den Kostenträger
- Sofern erforderlich, eine abgeschlossene Entgiftung (nicht ausreichend entgiftete Personen können nicht aufgenommen werden)
- Anerkennung der Haus- und Therapieordnung

4.3 REHABILITATIONSZIELE

Die Ziele der Rehabilitation ergeben sich aus den individuellen, subjektiven Zielen des Patienten und aus den Festlegungen, die die Rentenversicherer als Kostenträger bezüglich der Rehabilitationsziele getroffen haben. Dabei geht es darum, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und/oder am Leben in der Gesellschaft durch die Rehabilitation abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Patient soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für ihn als möglich und zumutbar (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden. Ziele in diesem Sinne sind z.B.

- Erreichen, Erhaltung und Sicherung von Abstinenz
- Krankheitsverarbeitung
- Behebung und Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen
- Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit
- Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes etc.)
- Maßnahmen zur Stabilisierung der erreichten Reha-Ziele (amb. Nachsorge und/oder Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen etc.),
- möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft⁴

Konkrete Rehabilitationsziele leiten sich für den Patienten aus seinen speziellen Beeinträchtigungen ab. Dabei berücksichtigen wir die verschiedenen Dimensionen des Krankheitsursachen- und -folgenmodells:

⁴ Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen; BAR 2006

REHABILITATIONSZIELE IN BEZUG AUF PSYCHISCHE UND KÖRPERLICHE FUNKTIONEN

Sowohl bereits vor Beginn einer Suchterkrankung vorhandene psychiatrische Erkrankungen (z. B. psychotische und affektive Erkrankungen, PTBS usw.), als auch psychiatrische Folgeerkrankungen der Suchtmittelabhängigkeit (z.B. Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, Wesensänderungen) gehen mit unterschiedlich schweren Einschränkungen psychischen „Funktionierens“ einher. In Abhängigkeit von den konsumierten Suchtmitteln ist mit unterschiedlichen Schädigungen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus zu rechnen. Die Beeinträchtigungen können sich bei Abhängigkeitskranken aus den unmittelbaren und mittelbaren (z. B. Infektionen) Schädigungen im Grunde aller Organsysteme ergeben. Die Ziele der Rehabilitation erarbeiten wir zusammen mit den Patienten entsprechend ihren individuellen Beeinträchtigungen.

Zu den Rehabilitationszielen bezogen auf die psychischen Funktionen zählen z. B. die Aufrechterhaltung und Stabilisierung des Abstinenzwunsches und der Befähigung hierzu, die emotionale Stabilisierung, die Verminderung von negativen Affekten wie Verzweiflung und Angst, Entwicklung von Frustrationstoleranz und Antizipationsfähigkeit, Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Selbstakzeptanz und die Korrektur dysfunktionaler Kognitionsmuster. Im Hinblick auf körperliche Krankheitssymptome liegen Rehabilitationsziele in der strukturellen und funktionellen (Teil-)Wiederherstellung durch die Abstinenz vom Suchtmittel und gezielte medizinische Interventionen sowie im Erlernen eines gesünderen Lebensstils im Hinblick auf Bewegung und Ernährung. Für psychische und körperliche Funktionsstörungen gilt gleichermaßen das Rehabilitationsziel, mögliche funktionale Aspekte von Krankheitssymptomen zu erkennen und eine Verbesserung der eigenen Kompetenz im Umgang mit Funktionsstörungen zu erreichen.

REHABILITATIONSZIELE BEZOGEN AUF ALLTAGSAKTIVITÄTEN

Die durch die Abhängigkeitserkrankung bedingten Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie die psychischen Primär- und Folgekrankheiten führen häufig zu Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivitäten, insbesondere in den Bereichen interpersoneller Interaktion und Kommunikation, Umstellungsfähigkeit, psychischer und körperlicher Ausdauer und Belastbarkeit, Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens und Strategien der Krankheitsakzeptanz und -bewältigung. Die objektiv vorhandenen Einschränkungen werden modifiziert durch die subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, Fähigkeiten und Schwierigkeiten. Die Ziele der Rehabilitation sind folglich gerichtet auf die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen bzw. der Zunahme einer Beeinträchtigung der Aktivitäten. Hieraus leiten wir zusammen mit dem Patienten z. B. folgende Ziele ab:

- Reduzierung von Rückzug aus wesentlichen sozialen Beziehungen, Erhöhung stabilisierender und förderlicher sozialer Kontakte
- (Wieder-)Erleben von Interesse und Neugier
- Verbesserung der komplexen Aufgabenbewältigung am Arbeitsplatz (z.B. Ausdauer, Umgang mit Stress, Zeitdruck, Publikumsverkehr, Verantwortung, Schichtarbeit)
- Verhütung der Gefährdung oder Zerstörung wesentlicher sozialer Beziehungen einschließlich derer am Arbeitsplatz durch unangemessenes (z. B. aggressives) Verhalten
- Verbesserung / Erhalt der Selbstständigkeit und Selbstversorgung (z.B. Körperpflege, Haushaltsführung, Einkauf, Nahrungszubereitung und -aufnahme)
- Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping)
- Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung / zu sportlichen Aktivitäten.

REHABILITATIONSZIELE IM HINBLICK AUF DAS EINBEZOGEN- UND BETEILIGTSEIN (VERBESSERUNG DER TEILHABE)

Aufgrund der Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, aufgrund der eingeschränkten psychischen Funktionen und den daraus folgenden Beeinträchtigungen der Alltagsaktivitäten kann das Einbezogen sein in bestimmte Lebensbereiche gestört sein. Der Patient ist häufig schon lange nicht mehr in der Lage gewesen, selbstbestimmt zu handeln oder Anerkennung zu finden. Die Ziele der Rehabilitation sind folglich darauf gerichtet, eine Verbesserung der Selbstverantwortung und der Fähigkeiten in bedeutenden Lebensbereichen zu bewirken, wie z.B.:

- physische/psychische Unabhängigkeit
- Selbstversorgung
- häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung)
- soziales Leben (z.B. Freizeitaktivitäten, ehrenamtliche Tätigkeiten)
- soziale Integration/Reintegration (z.B. ins Erwerbsleben)
- soziale Kompetenz
- Mobilität (Benutzung von Verkehrsmitteln)

REHABILITATIONSZIELE BZGL. DES SOZIALEN UMFELDS DES PATIENTEN („KONTEXTFAKTOREN“)

Die zuvor beschriebenen Ebenen sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen entsprechend dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell⁵ in einer komplexen Wechselbeziehung. Dabei hängen Art und Ausmaß der aus den Schädigungen resultierenden Beeinträchtigungen auch vom Krankheitsverarbeitungsprozess ab. Dieser wiederum wird durch das soziale Umfeld des Patienten beeinflusst. Das soziale Umfeld erfasst auch die individuellen und gesellschaftlichen Wertvorstellungen hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Leistungsfähigkeit. Indem wir hier Ziele definieren beziehen wir die individuelle Lebenssituation und den Bewältigungsstil der Patienten sowie deren Einflußmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk in die Therapie mit ein. Für den Prozess der Rehabilitation ist daher von wesentlicher Bedeutung, zu Beginn die individuelle Lebenssituation des Patienten - d.h. die Umweltfaktoren mit ihren hemmenden und fördernden Einflüssen – als auch aufrechterhaltende Faktoren im verhaltenspsychologischen Sinn zu erfassen, damit sie in die Rehabilitationsplanung und -zielsetzung einbezogen werden können. Beispielsweise können sich folgende, individuell ausgeprägte, Faktoren auf den Rehabilitationsprozess auswirken und müssen entsprechend erfasst werden:

- (Nicht-)Vorhandensein persönlicher Unterstützung und tragfähiger Beziehungen (z. B. Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Kollegen, professionelle Helfer, Selbsthilfegruppen)
- die individuelle Arbeitssituation
- Zugangs- und Nutzungsmöglichkeit sozialer Einrichtungen
- sozioökonomische Sicherheit bzw. Unsicherheit
- die soziokulturellen Strukturen (z. B. Familie, Verwandtschaft, Gemeinschaften)
- die persönliche Umwelt (z. B. Gestaltung der Wohnung)
- Einstellungen und Wertesysteme (z. B. Spiritualität, Religiosität)

Im Rehabilitationsprozess kann die rehabilitationsfördernde Wirkung positiver Umweltfaktoren genutzt werden (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Umgekehrt ergibt sich damit auch die Möglichkeit,

⁵ Sponzel, R. (DAS).Psychotherapieforschung, Evaluation und Qualitätssicherung in der GIPT-Praxis. Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie IP-GIPT. Erlangen: <http://www.sgipt.org/wisms/ptfevqs0.htm>

negativ wirkenden Faktoren (wie z.B. dysfunktionale Beziehungsstrukturen, weitere psychiatrische Erkrankungen, Übergewicht, Rauchen) entgegenzuwirken. So halten wir z.B. Gespräche mit den Angehörigen, dem Arbeitgeber, Arbeitsplatzbegehungen oder Wohnraumbesichtigungen für erforderlich, mit dem Ziel, Verbesserungen für den Patienten zu erreichen, z.B. durch:

- Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Arbeitsplatzanpassung, Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes)
- Kooperation mit Beratungs- und Betreuungsangeboten von Bildungsinstituten
- Engst mögliche Zusammenarbeit mit regionalen ARGEn
- Planung und Einleitung berufsfördernder Maßnahmen, Umschulungen
- Einbeziehung beruflicher Reha-Beratung
- Einleitung der ambulanten Nachsorge
- Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen (für Patienten und Angehörige)
- Anleitung zu Stressabbau / Stressbewältigung
- Einleitung einer adäquaten medizinischen/psychotherapeutischen Weiterbehandlung
- Anleitung zur gesundheitsbewussten Ernährung und Motivation zur Lebensstiländerung, einschließlich Abbau von Risikoverhalten
- Anleitung zur Verhinderung bzw. Beseitigung von Bewegungsmangel
- Hilfe bei der Findung von Bewältigungsstrategien
- Einleitung und Anpassung an Sport- und Freizeitaktivitäten
- Gestaltung der häuslichen Umgebung

Die Patienten erhalten bei uns die Möglichkeit, negativ wirkende Faktoren zu erkennen, zu vermeiden und ggf. zu beseitigen. Der gesamte Rehabilitationsprozess in der Reha-Klinik Serrahn trägt dazu bei, Krankheitsauswirkungen sukzessive zu akzeptieren (Coping) und negative Faktoren hinsichtlich ihrer Wirkung zu minimieren. Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind:

- Besserung des Informationsstandes über die Krankheit
- Entwicklung von Strategien zur Vermeidung von Rückfällen
- Reduzierung von Risikoverhalten (z.B. körperliche und psychische Überforderung, inadäquates Freizeitverhalten, Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel)
- Erlernen und Anwendung von Entspannungstechniken
- Schulung der Körperwahrnehmung.

4.4 REHABILITATIONSDAUER

Die Regelbehandlungsdauer beträgt drei Monate. Je nach Ausprägungsgrad der Begleiterkrankungen (z. B. Intelligenzminderung, chronische sonstige psychiatrische Erkrankungen, schwere internistische Erkrankungen u. Ä.), die eine Verlangsamung der Fortschritte in der Rehabilitation bewirken, kann eine Verlängerung beim Kostenträger beantragt werden, wenn der Patient dies wünscht. Die Entscheidung darüber wird in der wöchentlichen Fallkonferenz getroffen. In seltenen Fällen gibt es eine Verkürzung der Therapiedauer bei sonst gesunden Rehabilitanden, die z. B. einen neuen Arbeitsplatz noch vor dem regulären Rehabilitationsende antreten können. Ansonsten ist die dreimonatige Therapiedauer ein Mindestzeitraum, da ein wesentlicher Faktor zur Gewinnung dauerhafter Abstinenz ein geschützter Rahmen ist, in dem der Patient Distanz zu seinen Suchtmitteln gewinnen kann.

4.5 INDIVIDUELLE REHABILITATIONSPLANUNG

Nach der Ankunft und Einweisung des Patienten in die Gegebenheiten der Reha-Klinik wird von allen Beteiligten zusammen mit ihm auf dem Boden der hier geschilderten Konzeption eine individuelle Planung für die kommende Zeit erstellt. Dieser Vorgang dauert ein bis zwei Wochen, je nach Umfang der bestehenden Einschränkungen. Wöchentlich werden die Fortschritte, ggf. auch die Rückschritte, des Patienten in einer Fallbesprechung sowie in der Visite thematisiert und bei Notwendigkeit entsprechende Veränderungen vorgenommen.

4.6 REHABILITATIONSPROGRAMM

Die stationäre Rehabilitationseinrichtung Serrahn wird in ihrer Arbeit geprägt von dem aktuellen Erkenntnisstand der Rehabilitationsforschung bezüglich einer qualitativ und quantitativ optimalen Therapiedichte. Wir halten die dafür notwendigen Gegebenheiten so vor, dass ein strukturell und inhaltlich koordinierter Rehabilitationsverlauf für jeden Patienten gewährleistet ist. Wir passen die Therapie neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen flexibel an. Die strukturellen Voraussetzungen hierfür sind in unseren räumlichen Gegebenheiten ebenso wie in der qualitativen und quantitativen Personalstruktur deutlich erkennbar.

In Serrahn findet Gesundheitstraining in Form von Vorträgen und Schulungen fast täglich statt. Dies dient dazu, die Kompetenz der Patienten im Umgang mit ihren Krankheiten bzw. Behinderungen zu verbessern und eine Korrektur im Umgang mit Risikofaktoren einzuleiten. Dazu gehören Informationen zur Entstehung und zum Verlauf von Krankheiten, zur gesunden Ernährung, zu den Prinzipien angemessener Bewegung und Freizeitgestaltung, Seminare zur Raucherentwöhnung, zur Stressbewältigung sowie Anleitung zum selbständigen Üben von Entspannungsverfahren. Wir setzen in den Veranstaltungen moderne Medien ein. Anstöße zum Umdenken werden von allen in Serrahn vertretenen Berufsgruppen gegeben.

Am Beginn steht eine ca. zweiwöchige Eingewöhnungs- und Diagnostikphase, in der die Diagnostik in der Arbeits- und Ergotherapie, in der Neuropsychologie, Sporttherapie, Psychopathologie, Psychiatrie und Allgemeinmedizin erfolgt. Dazu kommen die Beobachtungen und Erkenntnisse der Mitarbeiter aus allen Bereichen, in denen der Patient sich aufgehalten hat. Dies ergibt ein Gesamtbild, das in den wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen mit allen am Therapiegeschehen beteiligten Berufsgruppen erörtert wird, woraus eine Zuteilung des Patienten zu bestimmten arbeits-, ergo- und psychotherapeutischen sowie körpermedizinischen Behandlungsmaßnahmen erfolgt. Verändert sich während der Therapiezeit Wesentliches, so können durch die Rückmeldungen in den wöchentlichen Fallkonferenzen und Chefarztvisiten jederzeit Veränderungen in der Zuteilung zu Indikationsgruppen im psycho-, arbeits- oder sporttherapeutischen Bereich vorgenommen werden. In jedem Therapiebereich formuliert der Patient mit Hilfe der entsprechenden Mitarbeiter Ziele, die er dann unter Anleitung der therapeutischen Mitarbeiter verfolgen kann. In den Gruppen- und Einzeltherapien sowie in den Chefarztvisiten wird die Arbeit an den Zielen überprüft und ggf. korrigiert.

Die Rehabilitationsklinik wird von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet. Die medizinischen und psychotherapeutischen Standards werden durch ihn sichergestellt. Der Chefarzt erstellt zusammen mit seinen Mitarbeitern die Entlassungsberichte und sozialmedizinischen Beurteilungen.

Die Therapieziele werden innerhalb der ersten 14 Tage entsprechend den Untersuchungen der einzelnen Abteilungen individuell festgelegt. Zielerreichung und Therapiemethoden zur Zielerreichung werden in den wöchentlichen Chefarztvisiten festgelegt.

4.7 REHABILITATIONSELEMENTE

4.7.1 AUFNAHMEVERFAHREN

Der Patient wird am Aufnahmetag zunächst verwaltungstechnisch aufgenommen und dann ärztlich untersucht. Er erhält einen „Paten“, d.h. einen bereits länger in der Rehabilitation befindlichen und geeigneten Mitpatienten, der ihn in die Abläufe der Klinik einführt. Danach erfolgt die Rehabilitationsdiagnostik und Therapieplanung wie unten beschrieben.

4.7.2 REHABILITATIONS DIAGNOSTIK

Nur die Zusammenschau aller Befunde und Untersuchungsergebnisse ermöglicht die Erstellung eines individuellen Rehabilitationsplanes mit Festlegung der Rehabilitationsziele und der therapeutischen Mittel zur Erreichung dieser Ziele und längerfristigen Aufrechterhaltung des Erreichten. Der Austausch über die erhobenen diagnostischen Befunde und sonstiger Ergebnisse ist in Form regelmäßiger interdisziplinärer Visiten und Teambesprechungen institutionalisiert und liegt in der Verantwortung des Chefarztes, ggf. des Ldt. Psychologen. Diese Visiten und Teambesprechungen ermöglichen eine kontinuierliche Überprüfung und ggf. auch Korrektur der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplanes, insbesondere auch im Hinblick auf sozialmedizinische Problemstellungen. In diesen Prozess ist der Patient einbezogen. Die Diagnostik und Analyse der berufs- bzw. arbeitsplatzbezogenen Probleme ist ein besonderer Schwerpunkt der Rehabilitation und wird in der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Arbeits- u. Ergotherapeuten, Diätassistent) geleistet.

MEDIZINISCHE DIAGNOSTIK

Wir nehmen regelmäßig Verlaufskontrollen unter anhaltender Abstinenz vor. Dies bezieht sich insbesondere auf die Kontrolle von Laborwerten. Die medizinische Diagnostik dient dazu, zu Beginn der Rehabilitation den Rehabilitationsplan in Bezug auf indikative Therapiemodule und Behandlungen aus dem sporttherapeutischen und Ernährungsberatungsbereich festzulegen und am Ende der Rehabilitation das Erreichen des Rehabilitationszieles in Bezug auf spezifische körperliche Funktionsstörungen zu prüfen und etwaige negative Auswirkungen auf das Leistungsbild festzustellen. Wegen der oft unzulänglichen Fähigkeit zur Selbstfürsorge Abhängigkeitskranker stellt sich gehäuft erst während der Rehabilitation die Erforderlichkeit spezifischer medizinischer Untersuchungen heraus. Dazu gehört auch die Langzeit-Blutdruckmessung. Ist der Aufschub entsprechender Diagnostik nicht möglich, ohne den Rehabilitationsprozess zu gefährden, kooperieren wir mit Ärzten anderer Fachdisziplinen.

SPORTTHERAPEUTISCHE DIAGNOSTIK

Unter Berücksichtigung der Anforderungen insbesondere der Sozialmedizin an körperliche und koordinative Fähigkeiten der Patienten werden sportmotorische Tests (motorische Basisdiagnostik) durchgeführt. Zu diesen Tests gehören u.a.:

- Crunchestest
- Schulterbeweglichkeitstest
- Einbeinstandtest
- Individueller Leistungsbildtest (ILB-Test)
- Walking-Test

PSYCHODIAGNOSTIK

In Anlehnung an die ressourcenorientierten Klassifikationssysteme (insbesondere die ICF) werden spezifische rehabilitationsdiagnostische Befunde erhoben, wobei Schädigungen u. a. in folgenden Bereichen berücksichtigt werden:

- Dimensionen der Persönlichkeit (z. B. mangelnde psychische Stabilität)
- Emotionale Funktionen (z. B. Störung der affektiven Kontrolle, depressive Verstimmung)
- Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (z. B. mangelnde Impulskontrolle)
- Funktionen der Selbstwahrnehmung (z. B. Störung des Körperbildes, mangelnde Selbstakzeptanz)

-
- Höhere kognitive Leistungen (z. B. Störungen des Einsichtsvermögens; Störung des Zeitmanagements)
 - Denkstörungen (z. B. Zwangsgedanken)
 - Kognitive Grundfunktionen (z. B. Aufmerksamkeitsfunktionen, Konzentrationsstörungen)
 - Körperfunktionen (z. B. als Somatisierungsstörung oder als primär somatische Störung)
 - Schlaffunktionen (z. B. gestörter Schlafrhythmus)
 - Psychomotorische Funktionen

Die Psychodiagnostik trägt – wie die jede Diagnostik in der Reha-Klinik – dazu bei, bei den Patienten auf der Basis objektivierter Befunde die Rehabilitationsziele zu definieren, den Rehabilitationsplan zu erstellen und die sozialmedizinische Beurteilung in der psychosozialen Dimension abzusichern. Hierzu stehen unterschiedliche Verfahren zur Verfügung, die in der Anwendung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten genutzt werden. Die Psychodiagnostik hilft, psychische bzw. psychopathologische Befunde zu quantifizieren und damit einer vergleichenden Dokumentation zugänglich zu machen.

Psychodiagnostische Instrumente und Techniken sind z. B.:

- die Verhaltens- und Bedingungsanalyse der Suchterkrankung und anderer psychiatrischer Erkrankungen
- Erhebung der psychiatrischen und biographischen Anamnese unter lerntheoretischen Gesichtspunkten
- die Verhaltensbeobachtung im Rahmen der Verhaltenstherapie
- die Verlaufsbeobachtung
- neuropsychologische Verfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik, Ausprägungsgrad einer bestimmten psychiatrischen Symptomatik usw.⁶
- leistungstestpsychologische Verfahren wie Intelligenzmessung, Konzentrationsmessung usw.⁷

⁶ dabei handelt es sich z. B. um PAI30 (Test zur praktischen Alltagsintelligenz nach Mariacher und Neubauer)

BDI (Beck-Depressions-Inventar nach Hautzinger, Bailer, Worall und Keller)

MI, ACQ, BSQ (Angstuntersuchungsverfahren; Ehlers, Margraf u. Keller)

MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 nach Hathaway und McKinley)

MWTB (Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest nach Lehrl)

⁷ dabei handelt es sich z. B. um

d2 (Aufmerksamkeits-Belastungs-Test nach Rolf Brickenkamp)

IST 2000 R (Intelligenzmessung)

ARBEITS- UND ERGOTHERAPEUTISCHE DIAGNOSTIK

Es erfolgt durch die Arbeits- und Ergotherapie am Anfang der Rehabilitation ein Screening der arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen und am Ende die Feststellung von positiven Veränderungen, aber auch von bleibenden Defiziten und Besonderheiten in diesem Bereich. Die festgestellten Ressourcen und Einschränkungen werden zur Leistungsfähigkeit in Beziehung gesetzt und auch während der Rehabilitation immer wieder auf Verbesserung überprüft.

4.7.3 MEDIZINISCHE THERAPIE

Während der Entwöhnungsbehandlung werden alle psychiatrischen und sonstigen Erkrankungen behandelt, soweit dies erforderlich und möglich ist. Dazu gehören insbes. Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises, affektive Erkrankungen, Angst- und Zwangserkrankungen, Eßstörungen usw. Auch Persönlichkeitsstörungen, die die Eingangskriterien der ICD 10 für die Diagnose erfüllen, werden verhaltenstherapeutisch stabilisiert.

Die Behandlung der diagnostizierten Erkrankungen erfolgt bzgl. psychiatrischer Erkrankungen in den Kliniken und bzgl. internistischer und anderer Erkrankungen durch entsprechend hinzugezogene niedergelassene Fachärzte. Grundsätzlich wird jede Medikation durch die Krankenpflegekräfte entsprechend den ärztlichen Verordnungen zugeteilt. Das Lagern von Medikamenten auf dem Zimmer ist nicht gestattet. Die wöchentlichen Visiten dienen insbesondere dazu, die Behandlung der Erkrankungen zu optimieren.

4.7.4 PSYCHOTHERAPEUTISCH ORIENTIERTE EINZEL- UND GRUPPENGESPRÄCHE UND ANDERE GRUPPENANGEBOTE

GRUNDSÄTZLICHES ZUR PSYCHOTHERAPIE IN DER REHA-KLINIK SERRAHN

Grundsätzlich ist die Psychotherapie in der Reha-Klinik Serrahn verhaltenstherapeutisch⁸ orientiert und findet in Einzel- und Gruppenform statt. Es gibt Gruppen, in denen Frauen und Männer gemischt sind und solche, in denen nur Männer sind. Die halb offenen Gruppen finden drei Mal wöchentlich statt, haben eine Größe von durchschnittlich max. 12 Patienten und werden von einem Therapeuten geleitet. Psychotherapeutische Einzelgespräche finden pro Pat. mind. einmal pro Woche statt. Wir nutzen in Serrahn ein ganzes Spektrum verhaltenstherapeutischer Formen von Psychotherapie. Allen Formen ist gemeinsam, dass die Hilfe zur Selbsthilfe für den Patienten im Mittelpunkt steht, ihm nach Einsicht in Ursachen und Entstehungsgeschichte seiner Probleme Methoden an die Hand gegeben werden, mit denen er zukünftig besser zurechtkommt. Mit Hilfe der Verhaltenstherapie (VT) wird vor allem menschliches Leiden gelindert und die Handlungsfähigkeit des Einzelnen erweitert. Die Therapie beinhaltet Veränderungen der sozialen Umgebung und der sozialen Interaktion. Das Ziel ist hauptsächlich die Ausbildung und Förderung von Fähigkeiten. Die verhaltenstherapeutischen Techniken ermöglichen dem Patienten eine bessere Selbstregulation. Die VT wendet experimental- und sozialpsychologische Prinzipien an und legt Wert auf eine systematische Überprüfung der Effektivität bei der Anwendung ihrer Prinzipien. Die Ziele und Vorgehensweisen werden zwischen Patient und Therapeut von Anfang an in möglichst weitgehender Offenheit festgelegt und im Therapieprozess modifiziert. Zudem orientiert sich die VT an ethischen Prinzipien.

Charakteristisch für die Psychotherapie in Serrahn ist die Konzentration auf gegenwärtige bzw. zukünftige statt auf vergangene Handlungsdeterminanten, ohne diese jedoch in der Analyse der Problemstellung zu vernachlässigen. Somit liegt der Schwerpunkt auf beobachtbarem Verhalten und dessen Veränderung. In Serrahn gehen wir in Übereinstimmung mit den Prinzipien der VT davon aus, dass Verhaltensweisen erlernt und auch wieder verlernt werden können. Dabei werden genetische

⁸ Margraf, J. (Hrsg.). (2000). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. (2. Auflage; 2 Bd.). Berlin: Springer.

Reinecker, H. (1999). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT.

Unterschiede als Ursachen von Störungen nicht verleugnet. Gerade in den Vulnerabilitäts-Stress-Modellen wird z. B. eine ererbte Stressanfälligkeit als Voraussetzung einer Störung berücksichtigt. Außerdem fühlen wir uns empirischen Methoden verpflichtet.

Wir gehen davon aus, dass problematisches Verhalten in erster Linie als Ergebnis von Lernprozessen gesehen und durch die Verwendung von Verhaltens- und Lernprinzipien verändert werden soll. Entscheidend ist hierfür eine genaue Verhaltensanalyse (horizontal und vertikal) zur Bestimmung der augenblicklichen Determinanten des Verhaltens. Die Behandlungsstrategien werden individuell auf die Probleme des Patienten angepasst.

VORGEHENSWEISE

Eine Verhaltenstherapie in Serrahn beginnt mit einer Verhaltensanalyse, in der die Probleme des Patienten in Abhängigkeit zu ihren aufrechterhaltenden Bedingungen und im Hinblick auf ihre Konsequenzen untersucht werden. Leitend ist die Verhaltensanalyse nach Frederick Kanfer: das SORKC-Modell.

- S Reize, Situationen
- O Organismus (Kognitionen und biologisch-somatische Bedingungen)
- R Reaktionen, Verhalten
- K Kontingenzen (regelmäßige Zusammenhänge zwischen Situationen, Verhalten und Konsequenzen)
- C Konsequenzen

Obwohl die Begriffe Reiz und Reaktion leicht vermuten lassen, dass in einer Verhaltensanalyse nur das beobachtbare Verhalten analysiert wird, bezieht eine Verhaltensanalyse natürlich auch Gefühle, Gedanken und körperliche Prozesse mit ein. Zudem umfasst die erweiterte Verhaltensanalyse auch Einflüsse des erweiterten Umfelds des Patienten, wie zum Beispiel das Verhalten von Familienangehörigen, Arbeitskollegen, Freunden und Bekannten. In der Zielanalyse werden die Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten entwickelt, wobei darauf geachtet wird, ob die Ziele realistisch zu erreichen und nach der Therapie aufrechterhalten werden können.

Differenziertere Formen der Verhaltensanalyse, wie wir sie ebenfalls in Serrahn anwenden, werden in Bartling et al, „Problemanalyse im therapeutischen Prozess“, oder bei Caspar, „Psychotherapeutische Problemanalyse“, dargestellt. Hierbei wird neben der im SORKC-Modell beschriebenen Ebene des Verhaltens-in-Situationen sowohl der Entstehung und Ausformung des Problemverhaltens als auch der Ebene der Regeln, Pläne und Systemregeln der nötige Raum gegeben. Ein weiteres Analysefeld ist die Therapeut-Patient-Beziehung, der wir viel Platz einräumen. Nach der Verhaltensanalyse/Problemanalyse erfolgt gemeinsam mit dem Patienten die Bestimmung und Konkretisierung der Therapieziele, aus denen der Therapeut die einzusetzenden Interventionen auswählt und in Rücksprache und mit Zustimmung des Patienten einsetzt.

In der Therapie können verschiedene verhaltenstherapeutische Verfahren eingesetzt werden, die sich auf die Verhaltens- und Zielanalyse beziehen müssen (siehe unten). Übergeordnetes Prinzip ist dabei die Hilfe zur Selbsthilfe, das heißt der Patient soll in der Therapie lernen, wieder mit dem eigenen Leben selbst zurechtzukommen. Die aus der Gesprächspsychotherapie bekannten therapeutischen Basisvariablen wie Echtheit, Empathie und uneingeschränktes Akzeptieren des Patienten sind Basisvariablen einer Verhaltenstherapie, ohne aber auch nur für die therapeutische Beziehungsgestaltung zu genügen. Darüber hinaus hat der Therapeut auch auf eine komplementäre Beziehungsgestaltung, wie bei K. Grawe beschrieben, zu achten, die sich nach R. Sachse nur auf die Motiv-, nicht auf die Spielerebene des Patienten beziehen darf. Damit soll hier nur kurz angedeutet werden, wie komplex die Grundlagen einer Behandlung in Serrahn aufgebaut sind und worauf die psychotherapeutischen Mitarbeiter achten. Ein weiterer wichtiger Schritt, der neben dem Einsatz von Interventionsmethoden bedacht wird, ist der Aufbau einer therapeutischen Allianz bzw. von Veränderungsmotivation, die nicht einfach mit der Therapiemotivation zu verwechseln ist. Nach dem Einsatz der eigentlichen Interventionen wird ein Evaluationsprozess durchlaufen, in dem der Erfolg der durchgeführten Methoden überprüft wird. Diese ganzen Analyse- und Interventionsschritte werden in der therapeutischen Praxis nicht strikt getrennt voneinander durchgeführt, sondern bedingen sich gegenseitig und werden in einem

Feedbackprozess immer wieder von neuem durchlaufen. Sehr übersichtlich wird der Ablauf bei F. Kanfer in seinem 7-Schritte-Prozessmodell des therapeutischen Prozesses seiner Selbstmanagementtherapie beschrieben.

IN DER REHA-KLINIK SERRAHN ANGEWANDTE VERFAHREN DER VERHALTENSTHERAPIE (AUSWAHL)

Um die in der Reha-Klinik vereinbarten Therapieziele zu erreichen, setzen wir in der Verhaltenstherapie mehr als 50 verhaltenstherapeutische Einzelverfahren in Gruppen und Einzelbehandlungen ein. Einige von ihnen seien an dieser Stelle genannt:

KONFRONTATIONSVERFAHREN

Konfrontations- oder Expositionsverfahren sind Verfahren, die auf dem Modell der klassischen Konditionierung aufbauen mit dem Ziel Extinktion, Gegenkonditionierung oder Habituation zu erreichen. Expositionsverfahren können zum einen in massierter oder graduierter Form und in-vivo oder in-sensu angewandt werden. Zudem können die Dauer (kontinuierlich) und das Ausmaß des Selbstmanagement (Selbst-Exposition) variiert werden. Sie werden bei etlichen Erkrankungen eingesetzt, bei Alkoholabhängigkeit insbes. zur Rückfallprophylaxe:

- Systematische Desensibilisierung: Exposition mit hierarchisch abgestuften aversiven Stimuli, zunächst in sensu, später in vivo, gekoppelt mit Entspannung
- Extinktions (Habituations)-Training (graduierte Löschung): In vivo Konfrontation mit abgestuften aversiven Stimuli
- Implosion: Konfrontation mit Angststimuli in der Vorstellung
- Angstbewältigungstraining: Kombination verschiedener Expositions-Verfahren mit anderen Bewältigungsstrategien

OPERANTE VERFAHREN

Operante Verfahren basieren auf dem Modell der operanten Konditionierung. Dabei wird das Verhalten mittels Verstärkung (Erhöhung der Häufigkeit [Wahrscheinlichkeit] eines Verhaltens) oder Bestrafung (Reduzierung der Verhaltenshäufigkeit) modifiziert (Verhaltensmodifikation). Positive Verstärkung geschieht durch Zuführung von angenehmen Reizen, negative Verstärkung durch Wegnahme von unangenehmen Reizen. Direkte Bestrafung geschieht durch Zuführung von unangenehmen Reizen, indirekte Bestrafung durch Wegnahme von angenehmen Reizen (z. B. time-out-Raum bei impulshaften Patienten). Prinzipien beim Aufbau von Verhalten sind: Verhaltensformung (Shaping), Verhaltenskettung (Chaining), Prompting, Differentielle Verstärkung (Diskrimination), Fading und Generalisierung und für den Abbau von Verhalten: Löschung, Bestrafung und Vergessen. Zu diesen Verfahren gehören:

- Token-System (Token economy)
- Kontingenzverträge: Zielverhalten und Verstärker werden genau (schriftlich) festgelegt
- Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Marsha M. Linehan
- Training sozialer Kompetenzen (Social Skills Training), z. B. das Assertiveness Training Programme nach Ullrich & Ullrich de Muynck; das Gruppentraining Sozialer Kompetenzen nach Hinrich & Pfingsten
- Rollenspiel
- Kommunikationstraining

-
- Training von Entspannungstechniken (v. a. Progressive Muskelentspannung und Autogenes Training)
 - Euthyme Therapie (Genusstherapie)

KOGNITIVE VERFAHREN

Kognitive Ansätze der VT basieren auf kognitiven Theorien des Verhaltens. Ein Individuum interpretiert und transformiert aktiv Informationen (Umgebungsreize) und strukturiert die Erfahrungen (Ordnen und Bewerten der Realität). Kognitionen beeinflussen als transformierte Reize das Verhalten. Verhaltensprobleme sind das Ergebnis falscher Annahmen, unvollständiger Schlüsse, inadäquater Selbstinstruktionen und unzureichender Problemlösefähigkeiten.

- Kognitive Therapie nach Aaron T. Beck
- Rational Emotive Therapie (RET), neuerdings explizit Rational-Emotive Verhaltenstherapie (REVT) genannt, nach Albert Ellis
- Stressmanagement bzw. Stressimpfungstraining, Selbstverbalisation bzw. Selbstinstruktionstraining nach Donald Meichenbaum⁹
- Problemlösetraining nach D'Zurilla & Goldfried
- Selbstmanagement-Therapie nach Frederick Kanfer
- Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion nach Jon Kabat-Zinn
- Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) nach Steven C. Hayes
- Kognitive Umstrukturierung

HEIMFAHRTEN

Belastungsheimfahrten werden mit dem Patienten gezielt geplant und ausgewertet. Sie dienen dem Erproben und Praktizieren des bisher Erkannten und eines veränderten Verhaltens. Sie bieten weiterhin Gelegenheit zur Beziehungsklärung und -verbesserung der in der Regel vernachlässigten oder belasteten familiären Beziehungen. In rückfallgefährdenden Situationen ist die innere und äußere Ablehnung alkoholischer Getränke und alkoholhaltiger Nahrungs- und Genussmittel zu üben. Die Heimfahrten dienen weiterhin für behördliche Erledigungen und (Wieder-) Kontaktaufnahme zu Arbeitgeber, Suchtberatung, der angestrebten Selbsthilfegruppe, zur häuslichen Nachbarschaft usw.

SEELSORGE

Während der Therapie werden Lebens- und Glaubensfragen angesprochen, Informationen und Hilfen für eine Neuorientierung im Leben angeboten. Dabei werden ethische Fragen, Sinn- und Wertbezüge, Glaubens- und Lebensfragen bearbeitet. In den Andachten und Tischgebeten kommt zum Ausdruck, dass das Leben nicht als zufällig, sondern als Gabe und Aufgabe Gottes betrachtet wird. Der Patient hat so die Möglichkeit, sich neu zu orientieren, verzerrte religiöse Einstellungen zu korrigieren und einen eigenen lebensbejahenden Glauben zu entwickeln. So kann der Sonntagsgottesdienst und ggf. der Anschluss an eine örtliche Gemeinde nach der Heilbehandlung für den Betroffenen eine wichtige Hilfe gegen die Leere des Suchterlebens sein. Ein Seelsorgeangebot steht dem Betroffenen zur Verfügung. Erfahrungen von Angenommensein, Geliebt werden, Aussöhnen mit Gott, mit anderen Menschen setzen Kräfte von Hoffnung und Lebensfreude frei und fördern eine zufriedene Abstinenz.

⁹ Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1994). Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie. Ein Handbuch. Aus dem Englischen übersetzt von Lothar Schattenburg. Bern:Huber.

4.7.5 ARBEITSBEZOGENE INTERVENTIONEN

Die Arbeitstherapie stellt einen zentralen Bereich in unserer Behandlung dar. Sie dient der Überprüfung, Wiederherstellung und Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dabei aktualisiert sie das in der Regel gestörte Verhältnis des Suchtkranken zum Berufsleben, zur Arbeit und zur Freizeitgestaltung. Auftretende Konflikte, z. B. hinsichtlich Kooperation, Schwierigkeiten im Umgang mit Mitpatienten oder Vorgesetzten, Arbeitshaltung und der Leistungsfähigkeit sollen bewusst erlebt und konstruktiv bewältigt werden. Angestrebt werden eine Förderung der Durchhaltefähigkeit, Sozialkompetenz, Selbständigkeit, Eigeninitiative und eine realistische Selbsteinschätzung der Fähigkeiten mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung. Selbstvertrauen und Belastbarkeit werden durch flexiblen Einsatz, steigende Leistungsanforderungen und zunehmende Erweiterung des Aufgabengebietes gefördert. Es stehen folgende Arbeitsfelder schwerpunktmäßig zur Verfügung, die ihre jeweils eigenen Zielsetzungen in der Therapie haben:

- Hausmeisterei, Hausreinigung, Küche und Rezeption
- Garten-, Landschafts- und Tierpflege
- Holz- und Metallbearbeitung
- Spezifische arbeitstherapeutische Projekte
- Einwöchige Belastungserprobungen in der Klinik oder in Firmen, mit denen Verträge bestehen

Der Kontakt mit Tieren und der Natur begünstigt neben der Verbesserung der körperlichen Kondition und der Verantwortungsbereitschaft den Abbau seelischer Spannungszustände.

Die Arbeitstherapie fördert darüber hinaus die berufliche Reintegration. Für einen Teil der Patienten ist der Arbeitsplatz erhalten oder es ist ihnen vom Arbeitgeber eine Wiedereinstellung in Aussicht gestellt worden. Der überwiegende Teil der Patienten ist jedoch vor der Therapiemaßnahme über Wochen, Monate oder Jahre arbeitslos und sucht Einstiegsmöglichkeiten ins Berufsleben. Für einige sind noch weitere medizinische Maßnahmen und Genesungsprozesse erforderlich, bevor sie eine Arbeitsstelle antreten können. Während sich die erste Gruppe auf die zu erwartenden Arbeitsbedingungen bereits wieder einstellt, frühere Problem- und Belastungssituationen durchgeht und positive Lösungen in der Therapie erarbeitet, geht es bei arbeitssuchenden Patienten um das Gewinnen einer beruflichen Zukunftsperspektive. In Zusammenarbeit mit den örtlichen ambulanten Beratungsstellen werden Arbeitsmöglichkeiten in Projekten, die Abklärung und ggf. Beantragung beruflicher Reha- und Fortbildungs- oder Umschulungsmaßnahmen oder andere Initiativen ebenso einbezogen wie Stellensuche und das Training von Vorstellungsgesprächen und Bewerbungsgesprächen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die örtlichen Ämter der Bundesagentur für Arbeit werden in ihren Möglichkeiten bei der Klärung der Integration des Patienten in den Arbeitsmarkt möglichst nah einbezogen. Der Patient hat sich dabei ebenso damit auseinander zu setzen, dass seine Stellensuche noch nicht kurzfristig von Erfolg gekrönt ist und er sich auf eine mittelfristige Lebenssituation weiterer Arbeitslosigkeit einstellen muss. Während der Rehabilitation kann sowohl innerhalb der Reha-Klinik eine Belastungserprobung in einem Bereich der Arbeitstherapie erfolgen, als auch außerhalb der Reha-Klinik in einem Betriebspraktikum (z. B. Hotelfachmann, Reinigungskraft, Elektriker, Gas-Wasser-Installateur, Blumenhandel u. Ä.). Die während der Rehabilitation stattfindende Belastungserprobung kann einen üblichen Arbeitstag widerspiegeln und auch bis zu einer Woche täglicher Arbeit von 6 bis 8 Std. andauern.

ERGOTHERAPIE

Die Ergotherapie arbeitet mit den Materialien Holz, Ton, Peddigrohr, Speckstein und anderen Werkstoffen. Der Patient erprobt und erweitert hier seine manuellen Fertigkeiten. Die Ergotherapie bietet die Möglichkeit, das Sozial- und Leistungsverhalten sowie Bereiche der Persönlichkeitsstruktur des Patienten zu beobachten, aufzugreifen und Veränderungen anzuregen. Bei dem Sozialverhalten handelt es sich in der Hauptsache um das Kontakt- und Kommunikationsverhalten und die Anpassungs- und Kritikfähigkeit, beim Leistungsverhalten um Antrieb, Ausdauer, Konzentration und Arbeitstempo und in der Persönlichkeit im Wesentlichen um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Selbständigkeit, Frustrationstoleranz und um die Förderung kreativer Interessen und Fähigkeiten. In der Ergotherapie geht es nicht in erster Linie um das Fertigstellen eines Produkts, sondern um den Entstehungs- und Entwicklungsprozess. Der Patient lernt, seine höchst individuellen Ressourcen zu entdecken und

zu entfalten. Hierbei kann er experimentieren, Fehler machen, Korrekturen vornehmen, Neues erproben u. v. a. m. Er wird ermutigt, sich auch in seinem realen Umfeld mehr zuzutrauen als in der Vergangenheit, sofern dies in Abstimmung mit dem zuständigen Psychotherapeuten auch wünschenswert und in der Zielplanung enthalten ist. Der Patient kann durch eine verbesserte Selbsterkenntnis den Fähigkeiten und Grenzen seiner Persönlichkeit adäquater Rechnung tragen.

4.7.6 SPORT- UND BEWEGUNGSTHERAPIE, ENTSPANNUNGSTECHNIKEN

Ziel der Sport- und Bewegungstherapie ist es, mit geeigneten Mitteln des Sports und der Bewegung gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen zu kompensieren, zu regenerieren, Sekundärschäden vorzubeugen und gesundheitlich orientiertes Verhalten zu fördern. Unser bewegungs- und sporttherapeutisches Angebot basiert auf drei Säulen:

- Bewegungs- und Sporttherapie
- Sporttherapie nach spezifischen Indikationen
- Freizeitsport

Für den Freizeit- und Breitensport erhalten unsere Patienten notwendige Anregungen, die auch nach Beendigung der Therapie zur Ausübung von Bewegung und Sport motivieren sollen. In der Bewegungs- und Sporttherapie finden die bekannten Elemente wie Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination im Rahmen der Auseinandersetzung des Suchtkranken mit seinem Körper ihren Platz. Die Patienten lernen Regeln, Normen und Grenzen kennen, beachten und halten. Je echter und intensiver der Patient zu seinem Körper in Beziehung tritt, desto eher erreicht er in verantwortungsvoller und in für ihn individuell angemessener Weise eine gute körperliche Kondition, was sich wiederum positiv auf die Stimmung und das Selbstbewusstsein auswirkt.

Regelmäßig besteht zweimal die Woche für die Patienten die Teilnahmemöglichkeit an dem Entspannungsverfahren „Progressive Muskelentspannung“.

4.7.7 FREIZEITANGEBOTE

Die Gestaltung frei verfügbarer Zeit stellt für viele Suchtkranke eine große Herausforderung dar. Interessen, Hobbys und befriedigende Beschäftigungen wurden in der Trinkzeit oft vernachlässigt bzw. verlernt. Andere Patienten haben ihrer Arbeit einen übergroßen Platz eingeräumt und dadurch keinerlei persönliche Belange und Interessen mehr verfolgt. Beide Personengruppen lernen in der Therapie, dass die arbeitsfreie Zeit einen wichtigen Raum für persönliche Entwicklung und Entfaltung darstellt. Deshalb tritt bei uns das Fernsehen als lediglich passive Form der Freizeitgestaltung zugunsten aktiver, eigeninitiiierter Maßnahmen zurück. So bleibt Zeit für persönliche, zwischenmenschliche Begegnungen, gesellschaftliche Spiele, sportliche Aktivitäten, kreative Beschäftigungen, persönliche Reflektions- und Ruhezeiten u. a. m. Der Patient lernt, dass er arbeitsfreie Zeiten für sich befriedigend und sinnstiftend gestalten kann und dass ein ausgewogener Lebensstil ein präventives Element gegen die Suchtgefährdung darstellt.

Im Laufe der Behandlungszeit übernimmt jede Therapiegruppe im Wechsel Verantwortung für die Planung und Durchführung von gemeinschaftlichen Gruppenunternehmungen. Der jeweils für die Gruppe zuständige Therapeut hilft bei der Planung und Durchführung, übernimmt jedoch nicht die Führung. Dadurch werden individuelle Fähigkeiten erprobt, Selbstvertrauen gestärkt und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme geweckt.

4.7.8 SOZIALDIENST

Sozial sind die Patienten vor allem gekennzeichnet durch belastete familiäre und sonstige Beziehungen am Wohnort und am Arbeitsplatz. In behördlich-organisatorischen Aufgaben fühlen sie sich oft hilflos, überfordert, einflusslos und ohnmächtig und reagieren gewohnheitsmäßig mit Ignorieren, Resignation oder ungesteuerter, unangemessener Gereiztheit und Aggressivität. In Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und Sozialarbeit wird hier ein angemessener Umgang mit den entstandenen vielfältigen Problemen zunächst vorbesprochen, ggf. in Rollenspielen geübt. Wenn hier eine grö-

Bere Sicherheit beim Patienten festgestellt werden kann, werden die familiären und anderen Beziehungspersonen in das Geschehen einbezogen, soweit sie das zulassen. Behördliche Probleme werden nach guter Vorbereitung von dem Patienten in Eigenregie erfolgreich gemanagt oder es erfolgt eine direkte Begleitung zu Behörden, um einen sachlichen und angemessenen Umgang sicher zu stellen. Der in der Reha-Klinik vorhandene Sozialdienst erbringt u.a. folgende Leistungen:

- Stellen von Anträgen für stationäre Nachsorge (sozialtherapeutische Nachsorgeeinrichtungen, Übergangseinrichtungen, Betreute Wohnformen) beim zuständigen Sozialleistungsträger, ggf. Delegation oder Zusammenarbeit mit Betreuer
- selbständiges weiter Verfolgen und Begleiten (auch vorher von Beratungsstelle) gestellter Anträge
- ggf. Begleitung zu Hilfeplangesprächen, amtsärztlichen Untersuchungen usw.
- Hilfe beim Ausfüllen von Fortsetzungsanträgen ALG II, Abfassen von Widersprüchen, ggf. Anmeldung und Erstantrag in Ausnahmefällen (z. B. bei Patienten, die aus einer JVA kommen)
- Unterstützung bei Ratenzahlungsvereinbarungen, ggf. Verweis/Vermittlung an die Schuldnerberatung
- Bei Indikation Betreuung anregen, Begleitung zur Betreuungsbehörde
- Unterstützung bei Wohnungssuche, Umzugsantrag und Antrag Mietübernahme/Kautions bei Jobcenter, ggf. Antrag auf Erstausrüstung
- Telefonate der Patienten bei Nachsorgeeinrichtungen usw.
- Kontakt mit/ Ansprechpartner für Bewährungshelfer

4.7.9 GESUNDHEITSBILDUNG / GESUNDHEITSTRAINING UND ERNÄHRUNG

Wöchentlich erhalten die Patienten Einblicke in medizinische und psychologische Zusammenhänge der Suchterkrankung sowie weiterer körperlicher und psychiatrischer Erkrankungen, die in Zusammenhang mit der Sucht stehen können. Dabei wird verhaltenspsychologisches Basiswissen vermittelt, um durch den Unterricht zum Selbstmanagement der Patienten beitragen zu können. Darüber hinaus gibt der Unterricht Anregungen, die in der Gruppen- und Einzeltherapie vertieft werden können.

Patienten mit Übergewicht erhalten Ernährungsberatung und nehmen einmal wöchentlich an einem entsprechenden Seminar mit anschließendem Kochen in der Lehrküche teil, dem ein begleiteter Einkauf der entsprechenden Nahrungsmittel vorausgeht.

4.7.10 ANGEHÖRIGENARBEIT

Während der Rehabilitation werden Bezugspersonen des Suchtkranken zu einem gesonderten Angehörigengespräch mit dem Bezugstherapeuten eingeladen. Insbesondere die Partner der Patienten erhalten dadurch (nochmals) grundlegende Informationen über die Abhängigkeits- und Abstinenzthematik, Co-Abhängigkeit sowie über Partnerschafts- und Familienfragen. Im Vordergrund der Paar- und Familiengespräche stehen die Bearbeitung vergangener belastender Erfahrungen, die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und das Erlernen gegenseitiger Akzeptanz. Weitere Familienangehörige oder wichtige Bezugspersonen werden je nach Möglichkeit und Bedarf in die Behandlung einbezogen.

4.7.11 RÜCKFALLMANAGEMENT

Das Rückfallerlebnis des Patienten innerhalb der stationären Rehabilitationsmaßnahme kann vielfältige Ursachen und Hintergründe haben. Je nach Auslöse- und Hintergrundfaktoren benötigt der Patient verschiedene, gezielte Hilfestellung. Hat der Patient noch keine persönliche Abstinenzentscheidung getroffen, so klären der Bezugstherapeut und der Ltd. Psychologe bzw. der Chefarzt mit ihm auf dem Hintergrund des bisherigen Therapieverlaufs, ob und ggf. mit welcher Zielsetzung die Behandlung fortgesetzt werden kann. Fehlen dem Patienten Lebens- und/oder Suchtbewältigungskompetenzen, bieten wir ihm eine ausführliche Analyse des Rückfallgeschehens an, um konkrete Zielsetzungen

und Lösungen für seine individuelle Problemsituation zu entwickeln. In der Regel sind Schuld-, Scham- und Versagensgefühle aufzufangen und abzubauen, damit der Patient nicht bei Selbstvorwürfen stehen bleibt, sondern sich auf eine konstruktive Lösung konzentrieren lernt. In dem Prozess der Rückfallbearbeitung ist eine offene und ehrliche Mitarbeit des Patienten Voraussetzung. Wir gehen bei einer Behandlungsfortsetzung davon aus, dass der Patient folgende Punkte akzeptiert:

1. Darlegung des Rückfallverlaufs und der Menge des konsumierten Suchtmittels
2. dass er eine zumindest mittelfristige Abstinenzentscheidung für sich trifft
3. dass er entsprechend seinen individuellen Möglichkeiten an Lösungs- und Bewältigungsstrategien arbeitet
4. dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass er Suchtmittel in die Reha-Klinik herein gebracht hat.

Der Rückfallpatient nutzt Einzelgespräche mit seinem Bezugstherapeuten und seiner Therapiegruppe, um Hilfestellung für die künftige abstinente Bewältigung von Problemen und Krisen zu bekommen. Er legt den Sachverhalt kurz in der Großgruppe dar, um zu lernen, dass er zu seiner Erfahrung stehen kann und zu deren Bearbeitung bereit ist. Nach Ablauf einer Woche soll der Patient erste Zielsetzungen und Lösungswege benennen können, die für ihn für die künftige Bewältigung leitend sind. Der Bezugstherapeut und die therapeutische Kleingruppe begleiten den weiteren Prozess, geben Feedback und unterstützen Veränderungsfortschritte.

4.7.12 KRANKENPFLEGE

Die Pflege (z.B. die Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Verschreibungen, Ausgabe von Medikamenten oder das Anlegen von Verbänden), die Mitgestaltung des Gesundheitstrainings und der Dokumentation sowie die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit gehören zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe. Insbesondere bei der Behandlung der häufig auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen wirken die Pflegekräfte umfassend mit.

4.7.13 WEITERE LEISTUNGEN

In aller Regel wird für die Zeit nach der ordnungsgemäß beendeten Rehabilitation bei der zuständigen Suchtberatungsstelle eine ambulante Nachsorge durchgeführt werden. Dies wird mit dem Patienten entsprechend besprochen und drei Wochen vor Ende der Maßnahme beim zuständigen Kostenträger beantragt.

ERGÄNZENDE ANGEBOTE DER SERRAHNER DIAKONIEWERK gGMBH

Die Einrichtungen der SDW stellen ein breites Behandlungsangebot für verschiedene Notlagen von suchtkranken Menschen dar. Ortsnah im Serrahner Pfarrhaus befindet sich das Aufnahmehaus „**SOS**“ als niederschwelliges stationäres Angebot für suchtkranke Menschen in einer akuten persönlichen Notlage. Sie können kurzfristig – aber erst nach erfolgter Entgiftung - aufgenommen werden, um weitere Schritte erforderlicher Hilfestellung zu klären; bei Bedarf erfolgt die Beantragung und Einleitung einer späteren stationären Maßnahme durch unsere ebenfalls im Pfarrhaus ansässige **Beratungsstelle** oder nach Krisenintervention die Rückkehr in die eigene Wohnung. Der Betroffene trägt nach seinen Möglichkeiten einen finanziellen Eigenanteil zu den Kosten von Unterkunft, Verpflegung und Betreuung bei.

In der „**Alten Post**“ befindet sich ebenfalls in Serrahn eine Vor- und Nachsorgeeinrichtung. Hier können Menschen zur Vorbereitung auf die Rehabilitation in der Klinik ebenso aufgenommen werden wie Menschen, die die Rehabilitation abgeschlossen haben, aber noch den geschützten Rahmen der stationären Nachsorge benötigen. Die Bewohner werden sozialtherapeutisch begleitet, um entweder in die Lage versetzt zu werden, den Anforderungen einer Rehabilitation gerecht zu werden oder wieder allein wohnen bzw. mit einer ambulant betreuten Wohnform auskommen zu können.

Im „**Doppeldiagnosezentrum**“ gegenüber der Reha-Klinik können nach erfolgter Rehabilitation und/oder nach stattgehabter Behandlung in einer psychiatrischen Klinik Patienten aufgenommen wer-

den, die neben der Suchterkrankung erhebliche weitere psychiatrische Erkrankungen aufweisen (insbes. Schizophrenie, bipolare Psychosen und Persönlichkeitsstörungen) und bei denen die Notwendigkeit einer lang dauernden Nachsorge zur Wiedereingliederung ins Alltagsleben besteht. Die dabei in der Regel bestehende psychiatrische Behandlung kann durch die angeschlossene Praxis erfolgen.

Das **Wohnheim Linstow** befindet sich eine Autobahnausfahrt südlich von Serrahn. Es bietet Aufnahme und Betreuung für chronisch mehrfach geschädigte alkoholranke Männer und Frauen nach den §§ 53, 54 SGB XII. Das Wohnheim arbeitet mit den anderen Häusern fachlich und organisatorisch im Sinne eines Behandlungsverbundes zusammen.

Ein weiteres sozialtherapeutisches Angebot der SDW für suchtkranke Menschen auf dem Weg in die Eigenständigkeit stellt das **Betreute Wohnen** nach §§ 53, 54 SGB XII dar. Es richtet sich an abstinenzmotivierte Suchtkranke i. d. R. unmittelbar nach einem stationären Aufenthalt für eine befristete Zeit.

In der **Wohngemeinschaft AVE** in Mollenstorf als zusätzliches niederschwelliges Angebot der SDW werden suchtkranke und suchtgefährdete Menschen ermutigt, in einem familiären Umfeld ihre sozialen und persönlichen Probleme zu bearbeiten. Das Leben in der Wohngemeinschaft gestaltet sich nach einem seelsorgerlichen Ansatz. Neben der Arbeit in der Landwirtschaft haben die Bewohner die Möglichkeit, ein **Arbeitstraining** in der hauseigenen Tischlerei zu absolvieren. Auch in Ave besteht ein Angebot Betreuten Wohnens.

4.7.14 BEENDIGUNG DER LEISTUNG ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION

In Verbindung mit der Beantragung der Nachsorge nach der Rehabilitation wird der Patient auf seine Entlassung vorbereitet. In aller Regel hat er Belastungsheimfahrten rückfallfrei durchgeführt und fühlt sich selbst dazu in der Lage, abstinent zu bleiben. Ist dies nicht der Fall, so sollte eine Verlängerung der Rehabilitation beantragt werden. Die zuständige Suchtberatungsstelle wird über die Entlassung informiert, der Patient macht bei Vorhandensein entsprechender Erkrankungen Termine beim Hausarzt und ggf. bei Fachärzten. Hat er eine Arbeitsstelle, so ist er dort zumindest schon telefonisch vorstellig geworden, idealerweise jedoch im Rahmen einer Heimfahrt. Die Entlassungsuntersuchung findet kurz vor der Entlassung statt, der Bericht über die Rehabilitation geht innerhalb von 14 Tagen den vorgesehenen und vom Patienten unterschriftlich bestätigten Empfängern zu. Zum **Jahresfest** und zum **Ehemaligentreffen** heißen wir zweimal im Jahr ehemalige Patienten und Interessierte willkommen; acht bis zehn Tage vor dem Jahresfest besteht ein besonderes Angebot von Gästetagen mit Veranstaltungen am Abend. Die Zeiten dienen der Begegnung, Information, Ermutigung und Festigung, der Prävention wie auch der Seelsorge.

Eine vorzeitige Beendigung der Rehabilitation kommt nur in Frage, wenn auf den Patienten ein optimales soziales Umfeld wartet und er eine Arbeitsstelle antreten muss, wobei der Antrittszeitpunkt vor dem Ende der Rehabilitation liegt. Darüber hinaus sollten keine wesentlichen sonstigen Erkrankungen bestehen.

5. PERSONELLE AUSSTATTUNG

Die Mitarbeiter in den einzelnen Tätigkeitsfeldern der Einrichtung arbeiten kooperativ zusammen, um die Lösung aus der Abhängigkeitserkrankung zu ermöglichen. Es sind die Bereiche Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Sport- und Bewegungstherapie, Diätassistenz, Arbeits- und Ergotherapie vertreten. Die Zusammenarbeit der einzelnen Bereiche und das Reagieren auf aktuelle Ereignisse werden durch tägliche und wöchentliche Teambesprechungen sichergestellt. An den Fallbesprechungen nehmen alle therapeutischen Mitarbeiter teil. Die therapeutischen Mitarbeiter ergänzen und aktualisieren ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen durch interne und externe Fort- und Weiterbildung. Regelmäßige interne und externe Supervision dient der Fortbildung der Mitarbeiter, der Qualitätssicherung und unterstützt das Bewusstmachen, Verdeutlichen und Verändern der therapeutischen Prozesse in den Therapeut-Patient-Beziehungen.

6. RÄUMLICHE GEGEBENHEITEN

Es stehen Zwei- und Einbettzimmer zur Verfügung, wobei derzeit die Umwandlung aller Zweibettzimmer in Einbettzimmer geplant ist. Die Einzelzimmer haben eine Größe von 15 m², die Doppelzimmer von 19 m². Je zwei Zimmer benutzen gemeinsam ein Bad mit Dusche und WC und sind mit einer einfachen, aber zweckmäßigen Möblierung versehen. Alle Mitarbeiter haben ihr persönliches Büro und für alle therapeutischen Aktivitäten stehen entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung incl. Sportraum, Küche für die Lehrküche, Gruppenräume, Freizeiträume, Sauna usw. Die Arbeits- und Ergotherapie ist umfangreich ausgestattet, die Werkstatträume sind groß.

7. KOOPERATION UND VERNETZUNG

Der Kontakt zur vermittelnden und weiterbetreuenden Beratungsstelle wird während der stationären Maßnahme gepflegt und bei akuten Problem- oder Krisensituationen im häuslichen oder stationären Umfeld intensiviert. Insbesondere zum Behandlungsende dient er der Regelung, Planung und Sicherstellung ambulanter Beratung, ambulanter Nachsorge, ambulanter Reha oder anderer erforderlicher Maßnahmen, so dass ambulante und stationäre Maßnahmen Bausteine einer homogenen Behandlung sind. Alle Krankenhäuser und Arztpraxen in der Umgebung stehen zur Behandlung der Patienten bei Erkrankungen zur Verfügung. Bei Bedarf werden die Patienten zu den entsprechenden Einrichtungen gefahren. Die Klinik ist Mitglied im regionalen Arbeitskreis Sucht und nimmt an den entsprechenden Veranstaltungen teil. Mit ... gibt es die vertragliche Vereinbarung, dass Patienten dort ein einwöchiges Belastungspraktikum während der Rehabilitation ableisten können.

8. MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Wir überprüfen laufend die Qualität unserer Strukturen, Prozessabläufe und somit die Therapieergebnisse, um sie weiter zu entwickeln und zu sichern. Aus diesem Grunde hat die Reha-Klinik Serrahn ein internes Qualitätsmanagementsystem eingeführt. Es erfüllt die Qualitätsmanagement-Anforderungen nach **DIN EN ISO 9001:2015** und die Klinik ist nach deren Qualitätsstandards zertifiziert. Darüber hinaus werden die Anforderungen der **deQus** (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V.) erfüllt. Das Qualitätsmanagementsystem der Reha-Klinik ist mit allen gängigen Qualitätsmanagement-Systemen (wie KTQ, EFQM) kompatibel und ist strikt therapie- und prozessorientiert gestaltet. Es setzt die Erkenntnisse und Anforderungen aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Kostenträger in die Praxis um. Außerdem nimmt die Reha-Klinik am Qualitätssicherungsprogramm der RV-Träger „Peer Review“ teil.

9. KOMMUNIKATIONSSTRUKTUR, KLINIK- UND THERAPIEORGANISATION

Jeden Morgen findet eine Konferenz aller Rehaklinik-Mitarbeiter statt, die sich mit den tagesaktuellen Geschehnissen in der Behandlung befasst. Einmal die Woche gibt es darüber hinaus ein Organisationsteam, an dem alle teilnehmen. Diese Sitzung befasst sich mit der Organisation der Therapiebausteine. Weiterhin findet einmal pro Woche die Fallkonferenz statt, in der zusammen mit allen therapeutischen Mitarbeitern die weitere Planung der Behandlung der Patienten stattfindet, dies geschieht ebenfalls in den wöchentlichen Chefarztvisiten, wobei hier die medizinische Behandlung der Schwerpunkt ist.

Alle datenschutzrechtlichen Vorschriften werden in der Reha-Klinik eingehalten. Bei Bedarf kann das Datenschutzkonzept angefordert werden.

10. NOTFALLMANAGEMENT

Die Reha-Klinik verfügt über ein Notfallhandbuch, in dem das Notfallmanagement in aller Ausführlichkeit beschrieben ist. Es kann bei Bedarf angefordert werden.

11. FORTBILDUNG

Jeden Monat findet eine klinikinterne Fortbildung mit wechselnden Referenten statt. Die Fortbildung wird von der Ärztekammer mit Fortbildungspunkten versehen.

12. SUPERVISION

Supervision dient der Reflektion und Verbesserung des professionellen Handelns und ist als qualitätssichernde und -förderliche Beratung in Rehabilitationseinrichtungen Abhängigkeitskranker unerlässlich. Zu unterscheiden ist je nach Fokus zwischen interner und externer Fallsupervision und externer Teamsupervision im Setting der Einrichtung. Die Fallsupervision z. B. im Rahmen der Teamsitzungen erfolgt regelmäßig und kontinuierlich intern durch den Chefarzt (einmal pro Woche) sowie zusätzlich und unverzichtbar extern durch qualifizierte Supervisoren (einmal pro Quartal ein ganzer Tag). Die externe Supervision richtet sich auf Fall- und Teamsupervision. Teamsupervision zielt dabei auf Verbesserung der Kommunikationsprozesse in der Rehabilitationseinrichtung und befasst sich mit Rollenverhalten und Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam.

13. HAUSORDNUNG / THERAPIEVERTRAG

Regeln bilden die Grundlage für ein geordnetes Zusammenleben und sind in der Gemeinschaft unentbehrlich. Sie markieren Grenzen, zeigen Freiräume auf und erleichtern die Orientierung und Eingliederung des Einzelnen. Sie sind von strukturierendem Charakter und daher auch von therapeutischer Bedeutung.

Die Therapieordnung der Reha-Klinik Serrahn kann bei Bedarf angefordert werden.

ANHANG I

1 RÜCKFALLKONZEPT DER REHA-KLINIK SERRAHN - EINLEITUNG

Rückfälle während einer stationären Entwöhnungsbehandlung gehören zum Alltag von Suchtkliniken, dies wird in der Literatur zum Thema mittlerweile als Tatsache anerkannt (vgl. z.B. Körkel et al., 1995, 240). Patienten werden häufig nicht erst nach Beendigung ihrer Therapie sondern auch schon während der stationären Behandlung rückfällig, sowohl in den Einrichtungen selbst, auf Ausflügen oder auf Heimreisen im Rahmen von Realitätstrainings, d.h. bei der Konfrontation mit dem alten (oder neuen) sozialen Umfeld (vgl. Körkel, a.a.O.). Hierzu schreiben Körkel et al.: „ (...) dabei ist – um negative Bewertungen von vornherein zu relativieren – davon auszugehen, dass hohe stationäre Rückfallraten keineswegs mit einer schlechten Behandlung gleichzusetzen sind, sondern u.a. auch mit der vorrangigen Aufnahme sozial, physisch und psychisch schwer beeinträchtigter Patienten oder einer starken Gewichtung von Realitätstrainings (z. B. häufige und nicht erst zu Behandlungsende gewährte Heimfahrten) in Zusammenhang stehen können“ (Körkel et al., 1995, 340). Die Handlungskonzepte für den Umgang mit Rückfällen in verschiedenen Einrichtungen reichen hierbei von der sofortigen disziplinarischen Entlassung, der Entlassung nach Sicherstellung der notwendigsten sozialen Bedürfnisse, der Weiterarbeit nach einem individuellen Programm, des Durchlaufens eines komplexen Aufarbeitungskonzeptes bis zur unveränderten Weiterbehandlung (vgl. Brünger, 1995). Ziel eines Rückfallkonzeptes ist es grundsätzlich, als sichtbare therapeutische Konsequenz eine veränderte einheitliche Weiterbehandlung auf der Basis eines formal festgelegten Ablaufs nach einem Rückfall zu ermöglichen. Es tritt somit an die Stelle einer sanktionierenden und individualisierten Rückfallaufarbeitung ohne ein formalisiertes Konzept. Bevor wir uns konkreten Vorschlägen für die Entscheidungskriterien für eine Entlassung bzw. Weiterarbeit und dem Vorstellen eines 4-Stufen-Rückfallbearbeitungskonzeptes zuwenden, sollen vorab einige wichtige, in der Literatur häufig diskutierte, Themengebiete erörtert werden.

2 DEFINITION VON RÜCKFÄLLEN

In der Literatur zum Thema Alkoholrückfall, ebenso wie in der gängigen Behandlungspraxis, überwiegt ein, wie Körkel und Lauer es nennen, „enges Rückfallverständnis“, „wonach jeglicher erneute Alkoholkonsum als („nasser“) Rückfall gilt und mit dem früheren Trinkverhalten korrelierte Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen (z.B. „Großspurigkeit“) als „trockener Rückfall“ (...) bzw. „Rückfallsyndrom“, bezeichnet werden“ (Körkel & Lauer, 1995, 158). Andere Definitionen gehen über diese Dichotomisierung hinaus, in dem sie z.B. versuchen, einen Rückfall erst ab dem Erreichen einer körperlich schädigenden Menge an Alkohol bzw. über die Dauer des erneuten Trinkens zu definieren. In anderen Definitionen wird die subjektive Sichtweise des Patienten betont. Hat sich dieser zu Beginn der Behandlung nicht zur Abstinenz (selbst)verpflichtet, so könne nach Meinung dieser Autoren nicht von einem Rückfall gesprochen werden (vgl. Körkel & Lauer, a.a.O., 158f). Sicherlich ist es der bekannte „Unterschied, der einen Unterschied macht“ (und sollte sehr wohl während der Therapie thematisiert werden), ob ein Patient lediglich *einmal* nach Beendigung seiner Therapie Suchtmittel und/oder Alkohol konsumiert, oder dies über einen langen Zeitraum täglich in großen Mengen tut, oder auch z.B. während einer Heimfahrt in unterschiedlichen Situationen verschiedene Drogen zu sich nimmt.

Daher soll folgende Definition als Arbeitsgrundlage dienen:

Als Rückfall wird jeglicher ein- oder mehrmalige Konsum, sowie der Besitz von illegalen Drogen, Alkohol und nicht von Ärzten der Einrichtung verordneten Psychopharmaka oder Medikamenten gewertet.

Von dieser Definition des Rückfalls sind ausgenommen:

- Drogen bzw. Alkohol, die während der Visitation am Aufnahmetag gefunden werden.
- Drogen bzw. Alkohol, die „unbeabsichtigt“ in die Einrichtung mitgebracht, von dem Besitzer gefunden wurden und dann unverzüglich bei einem Mitarbeiter abgegeben werden.
- Der unwissentliche Konsum alkoholhaltiger Nahrungsmittel.

2.1 RÜCKFALLTHEORIEN

Neben *moralischen Rückfalltheorien* („Der Rückfällige ist per se willens- und charakterschwach“), *genetischen Ansätzen* („Rückfälle passieren auf Grundlage einer genetischen Disposition zur Sucht“) und *neurobiologischen Rückfalltheorien* („Bereits geringste Alkoholmengen führen über biochemische Prozesse gesetzmäßig zu unwiderstehlichem Alkoholverlangen und schließlich zu Kontrollverlust“), haben in jüngster Zeit insbesondere *behaviorale Rückfalltheorien* eine Renaissance erlebt. Diese beruhen auf der Annahme, dass Rückfälle auf starken Assoziationen bzw. Konditionierungen zwischen Trink- bzw. Drogenstimuli (z.B. der Anwesenheit von Alkohol, Empfinden von Trauer etc.) und Trinkverhalten („überlerntes Verhalten“) beruhen. *Kognitive Rückfalltheorien* betonen dagegen den Einfluss der positiven Wirkungserwartungen bzw. der als positiv antizipierten Folgen des Alkohol- bzw. Drogenkonsums. Bestimmte Risikosituationen lösen hierbei suchtspezifische Grundannahmen aus (z.B. „Ohne Suchtmittel wäre mein Leben langweilig“), die ihrerseits automatisch ablaufende Gedanken (z.B. „Ich brauche einen Druck“) auslösen. Diese Gedanken führen in der Folge zu verstärktem Verlangen und Drang, Suchtmittel zu konsumieren, was wiederum zu erlaubniserteilenden Gedanken (z.B. „Es wird keiner merken“) und schließlich zur Konzentration auf die Suchtmittelbeschaffung und schließlich zum Rückfall führt (vgl. Beck et al., 1997, 301ff). In neueren Ansätzen wird sowohl die behavioristische als auch die kognitive Sichtweise berücksichtigt. In diesen *sozial-kognitiven Rückfalltheorien*, wie z.B. von Annis und Marlatt (vgl. hierzu Körkel & Lauer, 1995, 164ff), wird das Zusammenwirken von kognitiven (z.B. der positiven Wirkungserwartung von Suchtmitteln, negativen Selbstwirksamkeitserwartungen), behavioralen (z.B. Selbstunsicherheit in Verlangen nach Suchtmitteln auslösenden Situationen) und sozialen bzw. situativen Aspekten (z.B. kritischen Lebensereignissen) beschrieben (vgl. a.a.O.). Ergänzt wird diese Sichtweise von Marlatt's Konstrukt der „scheinbar irrelevanten Entscheidungen“, „wonach sich Rückfällige durch Entscheidungen der Art, Alkohol zum Verschenken zu kaufen oder unregelmäßiger zur Selbsthilfegruppe zu gehen u.ä., in rückfallgefährliche Situationen 'hineinmanövrieren'“ (a.a.O., 165). „*Psychodynamische Rückfalltheorien* (...) sehen Rückfälligkeit als Folge intrapsychischer Konflikte (z.B. narzisstischer Störungen) und/oder (Ich-)struktureller Defizite in der Persönlichkeit der Alkoholkonsumenten an. (...) Merkel stellt insbesondere Störungen der Ich-Funktionen (sensorische, emotionale und psychomotorische Defizite bzw. „Lücken“ als Rückfallvorläufer heraus. Andere psychodynamische Ansätze sehen in Rückfällen ein Hilfsmittel zur Abwehr von in das Bewusstsein gelangenden sexuellen Traumatisierungen (...)“ (a.a.O.). In *sozial-psychologischen Rückfalltheorien* wird betont, dass Rückfällige ihr eigenes Verhalten vorwiegend auf situative (z.B. „Ich bin mit den falschen Leuten zusammen gewesen“), Beobachter dagegen auf personale Ursachen (z.B. „Fehlende Motivation zur Abstinenz“) zurückführen. Aus *systemischer* Sicht werden Rückfälle als Versuch dargestellt, meist nicht bewusst angestrebter Beziehungsregulation in der Familie in dem Sinne, „dass die in der Abstinenzphase hervorgetretenen Beziehungskonflikte und –instabilitäten durch Herbeiführung des vertrauten ‚nassen‘ Zustandes eingedämmt werden sollen“ (a.a.O., 166). „Aus systemischer Sicht macht nicht der Alkoholkonsum an sich etwas zu einem Rückfall, sondern welche Bedeutung dem Konsum gegeben wird und welche Interaktionen damit einhergehen“ (Schmidt, 1988, 186). Analog zu dem im Rahmen der Schizophrenieforschung entwickelten „Vulnerabilitäts-Stress-Coping“-Konzeptes, werden in dem *Protagonisten-Antagonisten-Modell des Rückfalls* sowohl rückfallbegünstigende (z.B. innere Verarbeitung des „Ausrutschers“, kritische Lebensereignisse, Stressoren, psychiatrische Komorbidität etc.) als auch rückfallhemmende Merkmale (externaler, variabler und spezifischer Attributionsstil, positive Selbstwirksamkeitserwartung, negative Suchtmittelwirkungserwartung, Bewältigungsfertigkeiten, soziale Unterstützung, soziales Netzwerk etc.) einbezogen (vgl. Körkel & Lauer, 1995, 167ff). D.h., „(...) dass es selbst bei deutlicher Ausprägung der zuvor benannten Rückfall-Protagonisten nicht notgedrungen zu einem Ausrutscher bzw. Rückfall kommen muss“ (a.a.O., 168).

2.2 FAKTOREN DER RÜCKFALLENTSTEHUNG

Körkel et al. (1995, 341ff) beschreiben drei, den Rückfall während der stationären Therapie begünstigende Bedingungen:

1. Merkmale des Patienten (z.B. geringe Erwartung an ein drogenfreies Leben, positive Wirkungserwartungen von Suchtmitteln)
2. Merkmale der Behandlung (z.B. ein wenig unterstützendes „Klima“ in der Einrichtung, überfordernde therapeutische Maßnahmen, „Trinkverführungen“ durch Mitpatienten)

3. Merkmale des außerstationären sozialen Umfeldes (z.B. Boykottierung abstinenten Verhaltens durch Sozialpartner)

Ad 1.

In empirischen Studien konnte gezeigt werden, dass Frauen (bzgl. Alkohol) höhere Rückfallquoten aufweisen als Männer. Sowohl Arbeitslosigkeit und häufige Vorbehandlungen begünstigen ebenfalls die Rückfälligkeit. Die Abhängigkeitsstärke erlaubt bei Alkoholikern, nicht jedoch bei Opiatabhängigen eine Rückfallvorhersage. Gewohnheitstrinker weisen erstaunlicherweise die niedrigste Rückfallquote auf. Neben ökonomisch-sozialen Faktoren (wie Arbeitslosigkeit) ist die Suchtbiographie für die Rückfallprädiktion relevant. Von Bedeutung sind ebenfalls kognitive Faktoren, wie geringe Selbstwirksamkeitserwartung und positive Suchtmittelwirkungserwartung. Ebenso erhöht eine am Ende einer stationären Therapie gering ausgebildete Selbstverpflichtung zur Abstinenz das Rückfallrisiko. Weiterhin weisen die später Rückfälligen am Ende einer stationären Therapie ein geringeres Ausmaß „positiver Selbstkommunikation“ (weniger Selbstvertrauen, weniger Selbstakzeptanz, weniger Selbstbekräftigung) auf, als die später Abstinenten. Interessanterweise eignet sich die Behandlungsmotivation zu Beginn einer stationären Therapie nicht zur Rückfallprädiktion. In der Woche vor dem Rückfall ist dagegen bei Rückfälligen eine deutlich geringere frohe Stimmung, ein geringeres Geborgenheitsgefühl sowie ein schlechteres körperliches Befinden festzustellen. Rückfällige weisen weiterhin eine stärker external ausgeprägte Kontrollorientierung auf als Abstinenten. Doppeldiagnosen, Depressionen oder Angststörungen erhöhen ebenfalls die Rückfallwahrscheinlichkeit. Sohns & Lauer (1995, 86f) fassen die Ergebnisse ihrer Untersuchung wie folgt zusammen: „Die subjektiven Rückfallauslöser verteilen sich zu gleich großen Anteilen auf intra- und interpersonelle Faktoren. Am häufigsten wurden ‚Zwischenmenschliche Konflikte‘ angegeben, gefolgt von der Kategorie ‚Unangenehme emotionale Zustände ohne direkten Einfluss anderer Personen‘. Fasst man beide Kategorien zusammen, so stehen über die Hälfte der Auslöser in Zusammenhang mit unangenehmen Stimmungszuständen. Jeweils 12% der PBN gaben ein ‚Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit‘, ‚Drang und Versuchung‘ und ‚sozialer Druck mit Aufforderung zum Mittrinken‘ als Rückfallauslöser an. Die restlichen 10% der Rückfälle entfallen auf die Kategorie ‚Angenehme emotionale Zustände‘“.

Ad 2.

Zwangswise Behandlung (z.B. durch richterlichen Beschluss oder Kündigungsandrohung des Arbeitgebers) führt nach bisherigen Erkenntnissen weder bei Alkoholabhängigen noch bei Opiatabhängigen zu häufigeren Rückfällen nach Behandlungsende als bei „freiwilliger“ Behandlung. Einheitlich ist der Effekt der vorzeitigen Therapiebeendigung bzw. Entlassung: Behandlungsabbruch führt zu einer deutlich höheren Rückfallquote.

Ad 3.

Soziale Unterstützung (insbesondere eine Partnerbeziehung) und ein funktionsfähiges soziales Netzwerk senkt dagegen das poststationäre Rückfallrisiko, während es durch risikoreiche Alltagssituationen, negative Veränderungen im sozialen Umfeld und kritische Lebensereignisse erhöht wird. Das Rückfallrisiko wird ebenfalls durch eine Suchtmittelabhängigkeit des Partners erhöht (vgl. Körkel & Lauer, 1995, 1 68ff)

3 UMGANG MIT DEM RÜCKFALL BZW. THERAPIE DES RÜCKFALLS

3.1 DER RÜCKFALL UND SEINE BEDEUTUNG FÜR DEN THERAPEUTEN

In vielen Studien zu den Auswirkungen eines Rückfalls auf das Erleben des Therapeuten hat sich gezeigt, dass ein vorher antizipierter bzw. als Möglichkeit ins therapeutische Kalkül einbezogener Rückfall eines Patienten deutlicher zu einer geringeren kognitiven und emotionalen Involvierung führt, als wenn dieser den Therapeuten völlig unvorbereitet trifft (vgl. hierzu u.a. Körkel & Wagner, 1995, 139). Dieselben Autoren führen weiter aus, dass „(...) Therapeuten, die auf den Rückfall nur wenig oder gar nicht vorbereitet waren, vor allem die Erkenntnis, die Situation nicht im Griff zu haben, ihr Gefühl persönlicher Kompetenz und Sicherheit (erschüttert). Dies geht so weit, dass sie offenbar auch den Verlust der Achtung ihrer Kollegen befürchten (...)“ (a.a.O.). Weitere interessante Aspekte zu diesem Thema finden sich bei Herder & Sakofski (1988).

3.2 KRITERIEN FÜR RÜCKFALLARBEIT VS. ENTLASSUNG

In der Literatur zur Rückfallarbeit werden verschiedenste Motive zur Weiterarbeit bzw. zur Entlassung eines Patienten nach einem Rückfall aufgeführt. Es erscheint von daher wenig nützlich, alle Pro's und Kontra's hier aufzuführen, da es nur wenige „harte“ Kriterien für die eine oder andere Entscheidung gibt. Es sind bei Untersuchungen allerdings immer wieder folgende Regeln fast übereinstimmend deutlich geworden, die wir in Serrahn ebenso umsetzen:

1. Rückfälle „im Haus“ führen in der Regel zur Entlassung (wobei die Möglichkeit einer Neubewerbung bzw. Wiederaufnahme nach einem angemessenen Zeitraum geprüft werden kann). Ausnahmen können Pat. mit erheblicher psychiatrischer oder körpermedizinischer Komorbidität darstellen, für die bei Entlassung eine deutliche Verschlechterung droht. Ebenfalls zu berücksichtigen sind dabei die Kriterien aus 3. und 4. (s.u.).
2. Eignet sich ein Rückfall außerhalb des Hauses, ist eine individuelle Entscheidung erforderlich. An einer „zeitnah“ zu treffenden Entscheidung sollten mehrere Personen beteiligt sein. Sinnvoll ist hierbei die Anwesenheit des Bezugstherapeuten, des Chefarztes und/ oder des Ltd. Psychologen, des leitenden Arbeitstherapeuten sowie des betroffenen Patienten selbst.
3. Kriterien, die für den Verbleib in der Einrichtung sprechen, sind u.a.:
 - Offenheit bzgl. des Rückfalls
 - Patient ist erreichbar und einsichtig
 - vorausgegangene Belastungen, Rückfall ist aus der bisherigen Dynamik verständlich
 - eigene Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem Rückfall, „Abstinenzbestreben“ und an einer Fortsetzung der Therapie
 - Gesamtverhalten im Haus ist weiterhin tragbar - bisherige Zusammenarbeit eher gut
 - eher Mitläufer beim Rückfallgeschehen
 - aktuelle ökonomische Situation des Patienten
4. Kriterien, die eher für eine Entlassung sprechen, sind:
 - Unehrlichkeit, Verleugnung des Rückfalls
 - Bagatellisierung des Rückfalls
 - Prahlen mit Rückfall
 - Verweigerung des Alco-Tests oder der UK
 - wiederholter Rückfall in vergleichbarer Situation
 - geringe Bereitschaft zur Arbeit mit Rückfall, destruktive Einstellung zur Therapie
 - war Initiator des Rückfalls mehrerer Patienten, Gefährdung anderer Patienten
 - Rückfall war geplant
 - Mitbringen von Rauschmitteln in die Einrichtung auch ohne deren Konsum
 - Rückfall wird erst durch andere Patienten eröffnet

3.3 RÜCKFALLAUFARBEITUNG

Grundsätzlich sollte der Rückfall von therapeutischer Seite ausdrücklich „als Ausdruck von Normalität akzeptiert und vertreten werden“ (Lindenmeyer et al. 1995, 38). Hierzu führen Lindenmeyer et al. (a.a.O.) weiter aus: „Konkret bedeutet dies u.a., dass der Rückfall hierbei eher als Ergebnis situativer Überforderung anstatt als selbstverschuldet und eher als Chance zur Weiterentwicklung anstatt als schwerwiegender Rückschlag verstanden wird. Gleichzeitig ist ein Behandlungsangebot für rückfällige Patienten so niedrigschwellig wie möglich zu gestalten. Die in der Suchtbehandlung häufig bewusst aufgestellten Hürden und Bedingungen zur Abklärung der Behandlungsmotivation würden die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen von Rückfälligen nur weiter untergraben. Im Gegenteil sind den Betroffenen ihre erneuten Abstinenzbemühungen so leicht wie möglich zu machen und dabei selbst kleinste Schritte in einer Rückfallbewältigung systematisch positiv zu verstärken und zu unterstützen. Dies bedeutet nicht zuletzt, dass die indikative Rückfallbehandlung auf einen möglichst kurzen Zeitraum von wenigen Wochen begrenzt werden sollte, da sonst allein die von therapeutischer Seite für notwendig erachtete Behandlungsdauer alle Bemühungen, den Rückfall zu entdramatisieren, Lügen straft“. Die Rückfallbearbeitung findet in der Reha-Klinik Serrahn so statt:

3.3.1 ABSICHERUNG DER SITUATION

1. Gespräch mit betroffenem Patienten zur Abklärung der aktuellen Situation (möglichst durch Bezugstherapeut, sonst diensthabender MA)
2. Steht der Patient aktuell unter Drogen- bzw. Alkoholeinfluss (Alco-Test, Drogenschnelltester, UK für Labor)?
3. Gespräch anhand des Leitfadens (s. entsprechendes Manual)
4. Besteht akute Suizidgefahr? (s. entsprechendes Manual; evtl. Verlegung in eine psychiatrische Einrichtung)
5. Ist eine Weiterarbeit nicht möglich (z.B. Rückfall im Haus, Patient bricht auf eigenen Wunsch Therapie ab) weiter zu dem Kapitel „Entlassung bzw. Therapieabbruch“.
6. Isolierung des akut unter Drogen- bzw. Alkoholeinfluss stehenden Patienten (z.B. Gruppenraum; bei Suizidverdacht gemeinsam mit einem „stabilen“ Patienten).
7. Information des Teams und der Patienten durch Frühbesprechung bzw. Großgruppe
8. Wird der Rückfall am Wochenende bzw. im Nachtdienst bekannt und steht der betroffene Patient aktuell unter Alkohol bzw. Drogeneinfluss (Schnelltester), Verlegung des Patienten in ein besonderes Refugium (bzw. wenn möglich in ein Einzelzimmer). Information und Rücksprache mit dem Hintergrunddienst
9. Information des betroffenen Patienten über die weiteren Schritte.
10. Sicherstellung der Versorgung bzw. Betreuung durch Mitarbeiter und Mitpatienten bis zum Rückfallgremium
11. Ggf. wird die Durchsicht des Zimmers des betroffenen Patienten auf Drogen bzw. Utensilien durch den diensthabenden Mitarbeiter bzw. Bezugstherapeuten oder durch beide durchgeführt werden.

KLÄRUNG, OB WEITERARBEIT IN DER EINRICHTUNG MÖGLICH IST (RÜCKFALLBERATUNGSTEAM)

1. Eine Entscheidung bzgl. Weiterarbeit bzw. Entlassung sollte möglichst schnell getroffen werden. Das Rückfallberatungsteam trifft sich zum nächstmöglichen Termin.
2. Das Beratungsteam besteht aus dem Bezugstherapeuten, Chefarzt und/oder Ltd. Psychologen, Ltd. Arbeitstherapeuten und dem betroffenen Patienten.

3. Inhaltlich sollte der Patient nochmals das Rückfallgeschehen anhand des Gesprächsleitfadens (s. entsprechendes Manual) reflektieren.
4. Für den Ablauf der Entscheidungsfindung (inhaltlich s. **2.2**) gibt es folgende Möglichkeiten, die individuell zu entscheiden sind:
 - Reflecting Team (mit den unter 2. genannten Personen), bei dem der betroffene Patient als Zuhörer anwesend ist
 - Entscheidung „hinter verschlossenen Türen“, d.h. ohne die Anwesenheit des betroffenen Patienten.
 - Das Rückfallberatungsteam hat insgesamt beratende Funktion. Die endgültige Entscheidung liegt bei dem Chefarzt oder dessen Vertreter.
5. Ist eine Weiterarbeit möglich, wird dem Patienten das konkrete weitere Vorgehen mitgeteilt (siehe hierzu **2.3.4**).
6. Ist eine unmittelbare Weiterarbeit nicht möglich, weiter unter **2.3.3**.
7. Neben der Entscheidung, ob eine Entlassung oder eine Weiterarbeit erfolgen soll, besteht weiterhin die Möglichkeit, eine vorübergehende Verlegung in eine Entgiftung oder eine psychiatrische Klinik (z.B. bei Suizidgefahr oder einer psychotischen Episode), einer vorübergehenden disziplinarischen Entlassung mit der Option zur Neuaufnahme (Therapieunterbrechung) bzw. Neubewerbung, ein Wechsel der Bezugsgruppe und/oder des Bezugstherapeuten ins Kalkül der Überlegungen einzubeziehen. Eine Verlegung in eine andere stationäre oder ambulante Einrichtung ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nach einem Rückfall kontraindiziert!
8. Die vom Chefarzt oder dessen Vertreter letztlich getroffene Entscheidung sowie das weitere Vorgehen wird allen Patienten und Mitarbeitern in der Großgruppe mitgeteilt.

ENTLASSUNG BZW. THERAPIEABBRUCH

Entscheidet sich der Patient für einen Therapieabbruch oder wird von Seiten der Klinik entschieden, dass eine sofortige Weiterarbeit nicht möglich ist, muss der Patient die Einrichtung zum nächstmöglichen Zeitpunkt verlassen. Hierbei werden folgende Punkte beachtet:

1. Verlässt der Patient das Haus, darf er sich nur in Begleitung seines Paten (Mitpatient, der ihn in die Klinik eingeführt hat) oder seines Bezugstherapeuten im Haus bewegen.
2. Räumt er sein Zimmer, geschieht dies zusätzlich in Anwesenheit seines Mitbewohners.
3. Abklären, ob der Patient noch Schulden hat (Vorschuss für Taschengeld, Fahrtkosten oder Bekleidungsinkäufe). Ggf. muss der Patient die Schulden innerhalb eines konkret und schriftlich festzulegenden Zeitpunktes begleichen und seine Schulden quittieren (s. entsprechendes Manual)
4. Aushändigung seines Privatbesitzes
5. Aushändigung des Merkblattes (s. Manual) und bei Therapieabbruch Nichthaftungserklärung (s. Manual) und dem Faltblatt „Erste Hilfe bei Überdosis“ (s. Manual)
6. Ggf. sollte dem Patient noch ein „Lunchpaket“ ausgehändigt werden
7. Meldung an Kostenträger durch Reha-Sekretariat
8. Falls nötig Meldung an Kostenträger, Staatsanwaltschaft bzw. Gericht und die geplante Nachsorgeeinrichtung durch Bezugstherapeuten

INHALTLICHE ARBEIT UND AUSEINANDERSETZUNG MIT DEM RÜCKFALL

Grundsätzlich hat die Rückfallarbeit höchste Priorität gegenüber anderen Verpflichtungen. Ziel ist es, einerseits die Außenreize, die von der Beschäftigung mit dem Rückfall ablenken, zu minimieren und andererseits den Rückfall als ein bedeutungsvolles, allerdings nicht katastrophales Ereignis zu betrachten. Grundsätzlich sollten keine Maßnahmen, die den Charakter von Bestrafung haben ergriffen werden. Die Krise soll als Chance begriffen werden, bei der emotionale Unterstützung und keine Sanktionierung benötigt wird. Insgesamt sollte die unmittelbare Bearbeitung dieses Punktes ca. nach einer Woche abgeschlossen sein:

1. Der Patient ist während der ersten beiden Tage der Rückfallarbeit „außer Programm“; d.h. er nimmt nicht an Therapiegruppen und der Arbeitstherapie teil. Er verlässt während dieser Zeit nicht das Gelände der Einrichtung. Telefon und Briefkontakte sollten während dieser Zeit nicht stattfinden und, wenn notwendig, vorher mit dem Bezugstherapeuten besprochen werden.
2. Der Patient ist vorübergehend von allen Ämtern für mindestens die ersten beiden Tage der Rückfallarbeit befreit.
3. Der Patient bearbeitet innerhalb von zwei Tagen schriftlich die in Materialie 5 (s. Manual) gestellten Aufgaben und liest zusätzlich das Buch von Körkel „Rückfall muss keine Katastrophe sein“.
4. Nach der Bearbeitung der Aufgaben, werden die Ergebnisse mit dem Bezugstherapeuten besprochen. Inhaltlich findet die Rekonstruktion des Rückfallgeschehens, seiner Vorgeschichte und Bedeutung sowie die Besprechung zukünftiger Verhaltensalternativen statt.
5. Im Sinne einer adaptativen Therapieplanung werden die weiteren Therapieschritte überprüft und ggf. zusammen mit den psychotherapeutischen Zielen modifiziert.
6. Eine Erprobung der neuen Handlungsalternativen findet zu einem angemessenen Zeitpunkt in vivo statt.

FEEDBACKSCHLEIFE

Nach der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Rückfall, wie unter **2.3.4** ausgeführt, schildert der Patient in seiner Bezugsgruppe die sich für ihn aus der Rückfallarbeit ergebenden Erkenntnisse sowie die sich für ihn daraus ergebenden Konsequenzen für die Zukunft und stellt sich nochmals den Fragen der Mitpatienten. Abschließend erhält der Patient ein Feedback aus der Gruppe. Sollten sich daraus wesentliche neue Aspekte ergeben werden diese gemeinsam mit dem Patienten besprochen und ggf. innerhalb der Behandlungsgruppe oder in Einzelgesprächen bearbeitet. Anschließend werden die Ergebnisse dieser Auseinandersetzung nochmals in der Behandlungsgruppe reflektiert (2. Feedbackschleife).

ANHANG II

1 RÜCKFALLKONZEPT DER REHA-KLINIK SERRAHN BEI NEUAUFNAHME - EINLEITUNG

Die Behandlung abhängigkeitskranker Menschen verläuft nach der Erfahrung der ambulanten, stationären und teilstationären Suchtkrankenhilfe nicht bei jedem Betroffenen derart linear erfolgreich, dass mit der ersten Behandlung eine endgültige Suchtmittelfreiheit, bzw. Veränderung des Suchtverhaltens zu erreichen ist.

Spontane Unterbrechungen von Abstinenzzeiten sind ebenso Erfahrungen Betroffener in der Bewältigung der Abhängigkeitserkrankung wie Versuche kontrollierten Trinkens oder das Zurückfallen in massive Trinkzeiten.

Für den abhängigkeitskranken Menschen bedeutet die innere und äußere Auseinandersetzung mit einem Rückfallerlebnis eine krisenhafte emotionale und rationale Herausforderung. Alte psychische Suchtmechanismen werden - teils bewusst, teils unbewusst - reaktiviert; der suchtkranke Mensch hat sich mit Prozessen und Gefühlen von Scham, Versagen und Vertrauenszusammenbruch auseinander zu setzen, die in ihm Tendenzen von Bagatellisieren, Verleugnen und Verdrängen initiieren oder der Hilflosigkeit, des Versagens und der Resignation. Ambulante und stationäre Suchtbehandlung führt den Betroffenen an diese Problematik heran und bietet kognitive und Verhaltensmuster der Rückfallprävention und -bearbeitung an. Suchtrehabilitation zeigt, dass die erfolgreiche praktische Bewältigung von Rückfallgefahren und -ereignissen nur von einem bestimmten Prozentsatz der Patienten antizipiert und als Lösungsschema integriert werden kann. So geschieht Rückfallverhalten - nach den Berichten Betroffener - z. T. wider alle Vernunft und Erkenntnis. Andere Betroffene, die Prozentzahl ist nach unserer Erfahrung als eher gering einzuschätzen, können bei Lebensschwierigkeiten und -krisen oder bei suchtanbahnenden Prozessen die nahe Rückfallgefahr realistisch wahrnehmen und einschätzen und benötigen eine prophylaktische Behandlung zur psychischen Stützung und Festigung und zur (Re-)Aktivierung abstinenzhaltender Mechanismen.

Die vorrangigen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für die Suchtprävention und -behandlung vor Ort stellen die Sozialpsychiatrischen Dienste und die ambulanten Sucht- und Drogenberatungs- und Behandlungsstellen zur Verfügung. In diesen erfolgen neben ambulanter Rehabilitation als nachbetreuende Maßnahmen die ambulante Nachsorge, die psychologische und sozialtherapeutische Weiterbetreuung, die Krisenintervention, die Prüfung und Entscheidung weiterführender Maßnahmen und Anträge u. a. m. Erweist sich die ambulante Stützung und Hilfestellung bei Abstinenzproblemen als nicht ausreichend, ist bei gegebener Motivation und zu erwartender Erfolgsaussicht eine teil- oder vollstationäre Maßnahme zu prüfen.

Die Reha-Klinik Serrahn trägt dieser Indikationsform Rechnung. Ist die ambulante Hilfeform nicht ausreichend, können suchtkranke Menschen durch eine stationäre Hilfeform von i. d. R. 4 - 6 Wochen wieder Abstinenzfestigung erreichen lernen. Sie setzen sich in dieser Zeit mit aktuellen Krisen, schwierigen Lebenssituationen oder sonst unbewältigten Erfahrungen auseinander, die eine akute Rückfallgefährdung darstellen und zu Rückfallverhalten geführt haben.

Häufig werden die folgenden Probleme thematisiert:

- familiäre bzw. Partnerkonflikte,
- nicht gelungene Abgrenzung gegenüber dem Trinkumfeld,
- fehlende oder unzureichende kognitive und Verhaltensstrategien zur Bewältigung von Trinkverhalten,
- Frustrationserfahrungen,
- unrealistische Selbst- oder Situationseinschätzung,
- fehlgeschlagene(r) Versuch(e) kontrollierten Trinkens sowie
- weitere Lebenskrisen

2 INDIKATIONS- UND VERFAHRENSFRAGEN

Die Rückfallbehandlung als Kurzzeittherapie - wie im Folgenden dargelegt - ist indiziert für suchtkranke Menschen, die nach einer stationären Therapie in der Regel eine gewisse Abstinenzzeit zurückgelegt haben und sich mit einem kurzzeitigen Rückfall auseinandersetzen, der durch ambulante Stützung nicht aufgefangen werden kann.

Die Inanspruchnahme eines ambulanten Dienstes (Suchtberatungsstelle, Sozialpsychologischer Dienst) als erste Anlaufstation wird als obligatorisch angesehen. Erachtet dieser eine stationäre Maßnahme als Rückfall-Kurzzeittherapie für erforderlich, so klärt der ambulante Dienst die Frage der Aufnahme und des möglichen Aufnahmezeitpunkts einerseits mit der Reha-Klinik, sodann die Frage der Bewilligung dieser Maßnahme und der Kostenübernahme mit dem zuständigen Leistungsträger. Hierbei ist im Sinne einer kurzfristigen, adäquaten Handhabung von einem vereinfachten, beschleunigten Verfahren auszugehen, um die drohende Rückentwicklung in ein chronisches Suchtverhalten zu verhindern.

Die Reha-Klinik Serrahn geht bei dem verfügbaren Angebot von 36 Behandlungsplätzen von in der Regel 1 - 3 Einzelfällen der Rückfallbehandlung aus, die in den gesamttherapeutischen Rahmen gut integriert werden können.

Der Therapieplan der Rückfall- und Festigungsbehandlungen entspricht dem verhaltenstherapeutischen Grundkonzept der Reha-Klinik Serrahn und beinhaltet Methoden und Schritte, die dazu dienen, individuelle Rückfallsituationen und Rückfallerleben sowie Gefährdungen deutlich zu machen und Anleitung zu erfolgreicher, abstinenzhaltender oder -wiederherstellender Bewältigung zu geben.

Entsprechend dieser Zielsetzung durchläuft der Patient folgende Behandlungsphasen und erarbeitet für sich Schritte, die eine jeweils individuelle Gewichtung haben.

- Erkennen und Analysieren der persönlichen Risikosituationen

Im Rückblick auf zurückgelegte Abstinenzzeiten und Gefährdungs- bzw. Rückfallerlebnisse erkennt der Patient bisherige externe (Situationen) und interne (körperliche, seelische Faktoren) Auslöser für Rückfallverhalten. Er konkretisiert die relevanten Bedingungen und löst dabei ein oft emotional-diffuses Bild von Betroffenheit und Enttäuschung auf. Er lernt zu differenzieren, dass äußere und/oder innere Bedingungen Auslöser für Rückfallimpulse sein können und versteht den Prozess in seinem Beginn und Verlauf. Selbsteinschätzungsfragebögen geben dem Patienten dabei methodische Hilfen.

- Bewusstmachen der bestehenden kognitiven Grundhaltungen zum Suchtmittelkonsum

Diese Grundhaltungen sind dem suchtkranken Menschen in der Regel wenig bewusst, sie haben jedoch eine wesentliche, steuernde Funktion, indem sie die Bereitschaft des Suchtkranken unterstützen, für den Konsum des Suchtmittels offen zu sein. Die kognitiven Grundhaltungen sind Ursache für die häufig zu beobachtende ambivalente Tendenz des Patienten; er äußert auf der verbal-bewussten Ebene Abstinenzwilligkeit, unbewusst-nonverbal signalisiert er Verunsicherungen, Einschränkungen und Vorbehalte gegenüber einer konsequenten, dauerhaften Abstinenz. Die Einzel- und Gruppentherapie fördert den Prozess, diese vor- bzw. unbewussten Grundhaltungen für den Patienten bewusst und benennbar zu machen. Über kognitive Umstrukturierungen und Umbewertungen werden Haltungen wie

"Alkohol hilft, seelische und/oder körperliche Schmerzen und Beschwerden besser zu ertragen.",

"Wenn ich aufpasse und konsequent bin, gelingt es mir, kontrolliert zu trinken.",

"Ohne Suchtmittel ist das Leben langweilig.",

verändert in

"Kurzfristige Beschwerden kann ich ertragen lernen, langfristig geht es mir alkoholfrei gesundheitlich und psychisch wesentlich besser.",

"Ich gebe die Illusion auf, kontrolliert trinken zu können und akzeptiere positiv lebenslange Abstinenz.",

"Ich kann mein Leben suchtmittelfrei interessant und vielseitig gestalten lernen."

Vorläufige Trinkentscheidungen werden dadurch frühzeitig korrigiert und revidiert.

- Bewältigen von Suchtmittelverlangen

Ist es dem Patienten in der Vergangenheit nicht gelungen, Risikosituationen auszuweichen oder diese zu bewältigen und haben diese Auslöser seine positiv eingestellte Suchthaltung aktiviert, so steigt in ihm das Verlangen auf, sich Suchtmittel zu besorgen und zu konsumieren; er produziert Gedanken, die ihm eine innere Erlaubnis für sein Suchtmittel geben. Therapeutische Schritte für diese Phase zielen darauf ab, die Sensibilität des Patienten für das Empfinden des Suchtverlangens zu verbessern, die Zielrichtung des Suchtverlangens zu identifizieren und kognitive, kommunikative und Verhaltensstrategien der Bewältigung zu erlernen. Der Patient lernt für diese Gefährdungsphase, über sein Erle-

ben von Suchtverlangen zu sprechen und sich an kompetente Vertrauenspersonen zu wenden; er erinnert sich an seine Abstinenzmotivation, ebenso an früher erlebte Folgen des Suchtmittelkonsums; er lernt, sich bewusst zu machen, welche erreichten Lebensziele und -bedingungen er bei Nachgeben des Suchtdrangs aufs Spiel setzt und erinnert die in der Vergangenheit erstellte Wertematrix kurz- und langfristiger Folgen. Der Patient erweitert ggf. sein Verhaltensspektrum und lernt alternative, hilfreiche Verhaltensmuster einzusetzen, wie z. B. aktive Freizeit- und Sportaktivitäten, Entspannungstechniken, energiefreisetzende körperliche Aktivitäten, das Herstellen sozialer Kontakte u. a. m. Er erlernt selbstbewusstes Verhalten und über seine erlebten Gefährdungen in der ambulanten Suchtberatung und/oder in seiner Selbsthilfegruppe zu reden.

- Rückfallbewältigung

Setzt sich der Patient mit der Erfahrung unterbrochener Abstinenz durch Suchtmittelleinnahme auseinander, so lernt er in der Behandlung zwischen einem Trinkvorfall und erneuter Rückfälligkeit in die Sucht zu unterscheiden. In der Gruppentherapie lernt er im Kreise von Mitpatienten die kognitiven und emotionalen Gefahren zu erkennen (Selbstvorwürfe und -abwertung, Minderwertigkeitsgefühle, Resignations- und Katastrophengedanken, Umgehen mit Kritik aus dem sozialen Umfeld etc.) und durch konstruktive, selbstmotivierende Gedanken und Haltungen zu ersetzen. Er macht sich dabei die zurückliegenden erfolgreichen Abstinenzphasen und -strategien zunutze.

In der Gruppentherapie lernt der Patient (erneut), dass er durch ein verstehendes soziales Umfeld Halt, Stütze und Ermutigung erfährt und dass auch andere Suchtkranke Rückfallereignisse erfolgreich auffangen und bewältigen konnten. Diese Erfahrung ermutigt ihn, sich mit seinen Schwierigkeiten seinem familiären Umfeld mitzuteilen; diese offene, ehrliche Kommunikation baut wiederum Misstrauen und Vorwurfshaltungen ab und erleichtert die weitere Beziehungsgestaltung.

Aus den thematischen Schwerpunkten der Rückfall-/Festigungsbehandlung erkennt der Patient, welche persönlich relevanten Themen er ggf. in die weiterführende ambulante Nachbetreuung übernimmt, um seine abstinenten Lebensbewältigung im heimatischen Umfeld abzusichern.

3 BEHANDLUNGSVERLAUF

In der Eingangsphase erfolgt die medizinische Aufnahme - in der Regel am Aufnahmetag - durch den Klinikarzt; körperliche und psychosomatische Beschwerden und Störungen werden diagnostiziert und in den Behandlungsplan aufgenommen.

Im ersten Gespräch mit dem Bezugstherapeuten werden die Vorstellungen, Ziele und Hypothesen des Patienten zu seiner Problemsituation herausgearbeitet, bewertet und - wenn möglich - in erste, konkrete, erreichbare Behandlungsziele formuliert. Verhaltens- und bedingungsanalytische Methoden helfen dem Patienten, die individuell relevanten Einflüsse und Zusammenhänge seines Rückfall- bzw. Problemverhaltens zu benennen. Der Patient erhält am Ende der Therapiestunde Arbeits- und Fragebögen, die ihm für das Erkennen der Rückfallbedingungen und der Rückfallbewältigung zusätzliche Hilfen geben.

In der ersten Gruppentherapie stellt er sich, seine Problemsituation, seine Zielsetzungen und ggf. bereits seine geplanten Lösungswege vor, er überprüft und erweitert sein individuelles Behandlungskonzept.

Zu Beginn der Sport- und Arbeitstherapie lernt der Patient sein körperliches Leistungsvermögen einzuschätzen; Körperwahrnehmung und -gefühl, Koordination, Geschicklichkeit und weitere Aspekte des Arbeitsverhaltens erlebt er durch praktischen Vollzug sowie Rückmeldung der Therapeuten und der Gruppe.

Er nimmt an der Indikationsgruppe "Rückfallprävention/-bewältigung" und/oder einer weiteren indikativen Gruppe teil (Entspannungstraining, Training sozialer Kompetenzen).

In der zweiten Phase (Trainingsphase, Erweiterung der individuellen Kompetenzen) erprobt der Patient die Umsetzung erkannter kognitiver und/oder Handlungsstrategien, erkennt eventuelle Schwierigkeiten und Grenzen und korrigiert oder erweitert sein Verhaltensspektrum; er nutzt dafür vor allem die Einzel- und Gruppentherapie.

Für die zweite, bzw. dritte Behandlungswoche werden das erste Angehörigengespräch sowie die erste Heimfahrt angestrebt. Hat der Angehörige den Patienten bereits zur Aufnahme der Behandlung begleitet, soll das erste gemeinsame Gespräch nach Möglichkeit bereits am Aufnahmetag erfolgen.

In der dritten Phase (Abschluss- und Entlassungsphase) steht die Überprüfung des durch die Therapie Erreichten und die Festlegung der weiteren verbindlichen Vorhaben und Schritte im Vordergrund.

Der Besuch der örtlichen Selbsthilfegruppe wird als verbindliches Element angesehen, die Weiterbetreuung durch die Sucht- und Drogenberatungsstelle wird in der überwiegenden Zahl der Fälle dringend angeraten sein.

In einem zweiten Angehörigengespräch überprüft der Patient die zu erwartende Unterstützung oder Belastung der Beziehung und definiert seine Rolle und sein weiteres Verhalten innerhalb der Beziehung.

Zur Therapiebeendigung stellt der Patient seine Rückfallvermeidungsstrategien in der Klein- und Großgruppe vor.

In der ärztlichen Abschlussuntersuchung wird der Stand der körperlichen Verfassung, somatische/ psychosomatische Verbesserungen sowie die Arbeitsfähigkeit beurteilt.

Der Bezugstherapeut gibt im Abschlussgespräch dem Patienten positives und kritisches Feedback über den gesamten Therapieverlauf und die erreichten Veränderungen durch die Behandlung, er gibt ihm Empfehlungen für die weitere Sucht- und Lebensbewältigung.

Aus dem therapeutischen Bedarf ergeben sich folgende konzeptionelle Hauptbestandteile:

- a) Themenzentrierte Einzeltherapie (mindestens wöchentlich)
- b) Gruppentherapeutische Arbeit innerhalb einer halboffenen Gruppe
- c) Therapeutische Eigenarbeit unter Anleitung (schriftlich mit mündlicher Auswertung)
- d) Obligatorisches Einbeziehen der relevanten Angehörigen (Partner- bzw. Familiengespräch in der Klinik)
- e) Freier Ausgang und reale Alltagserfahrungen ab der 2. Behandlungswoche, wenn keine gesundheitlichen Bedenken entgegen stehen
- f) Zwei Heimfahrten, die jeweils schriftlich oder mündlich vorbereitet und ausgewertet werden.

Zu a) In der **themenzentrierten Einzeltherapie** erarbeitet der Patient die individuelle Belastungs- und Gefährdungssituation. Er wertet zurückliegende Erfahrungen, psychische Prozesse und Lebenssituationen für sich aus, erkennt die wesentlichen Einflussfaktoren und findet Lösungs- und Bewältigungswege. Er erarbeitet sich (nochmals) praktische Schritte des Umgehens mit Krisenerleben und ggf. Trinkverlangen und erprobt kognitiv Lösungen. Er macht sich Bewältigungserfahrungen der Vergangenheit zunutze und sucht die Übertragung auf die relevanten Situationen der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

Er vertieft und erweitert ggf. Therapieinhalte, die von ihm während der zurückliegenden Behandlung(en) nicht ausreichend erkannt oder berücksichtigt worden waren.

Zu b) In der **halboffenen gruppentherapeutischen Arbeit** vergleicht der Patient seine Erfahrungen und Bewertungen mit denen anderer Betroffener. Er erhält Feedback bzw. erfragt dieses, er überprüft seine Bewertungen, Verhaltensweisen und Pläne mit der Hilfe anderer; er erweitert ggf. sein Verhaltensspektrum durch diesen Erfahrungsaustausch; er entwickelt seine sozialen Kompetenzen in der und durch die Gruppe weiter. Er macht die Erfahrung, dass er auch anderen durch die offene Auseinandersetzung mit seinen (Rückfall-)Problemen eine Hilfe ist und kann sich durch dieses Erleben in seinem Selbstwert gestärkt fühlen. Darüber hinaus steht dem Patienten die Gruppe für therapeutische Anspiele und Rollenspiele zur Verfügung.

Zu c) Durch **begleitende Eigenarbeit** vertieft, konkretisiert und erweitert der Patient seine Problembearbeitung. Schriftlich reflektiert er relevante Zusammenhänge und Einflussfaktoren zu seiner erlebten Suchtproblematik; Fragebögen leiten ihn zu genauerer Analyse und vermehrter Selbsterkenntnis an. Er entwirft Pläne zur künftigen Lebensgestaltung und -bewältigung und reflektiert diese anschließend in der Therapiegruppe bzw. mit seinem Bezugstherapeuten. Die Schriftform unterstützt so den emotional-kognitiven Therapieprozess.

Zu d) Die für den Patienten **relevanten Angehörigen** oder Bezugspersonen werden in einem oder mehreren Gesprächen in der Reha-Klinik in die Problemanalyse und -bewältigung einbezogen. Lebt der Betroffene in einer verbindlichen Partnerschaft und / oder mit anderen Menschen in einer räumlichen Lebensgemeinschaft, so gehen wir von der unabweisbaren Erforderlichkeit aus, diese in den Therapieprozess einzubinden. Ist dies nicht der Fall, so soll der / die ansonsten nächststehende Person oder der / die Mitarbeiter/in der örtlichen Suchtberatungsstelle oder ein Mitglied der heimatischen Selbsthilfegruppe eingeladen und einbezogen werden. Wir geben dieser Begegnung einen sehr großen Stellenwert, da die Erfahrung in der Suchtkrankenhilfe zeigt, dass die Problemanalyse und die Verhaltens- und Beziehungsbeschreibung der Bezugsperson(en) eine wesentliche Ergänzung oder z. T. Korrektur des vom Patienten subjektiv vermittelten Bildes darstellt. Insofern dient diese ergänzende

Sichtweise dazu, eine umfassendere, realistischere Problemanalyse und Lösungsfindung zu ermöglichen.

Zu e) Es ist davon auszugehen, dass der Patient bei einer Rückfall- oder Festigungsbehandlung noch erhebliche Fähigkeiten der Abstinenzsicherung - insbesondere in einem therapeutisch gestalteten Rahmen - besitzt.

Es ist weiterhin zu erwarten, dass in der ambulanten Vor- bzw. Zwischenbetreuung eine generell positive Behandlungs- und Abstinenzmotivation festgestellt oder erreicht wurde. Unter diesen Prämissen einer positiven Grundmotivation, einer überwiegend realistischen Selbsteinschätzung und der Bereitschaft, die stützenden Therapie-Elemente der Rehabilitation für sich rechtzeitig und verbindlich in Anspruch zu nehmen, sehen wir eine größtmöglich **freizügige Ausgangsregelung** i. S. eines Erprobungs- und Erfahrungsfeldes als wesentlich, ja notwendig an, wenn dem nicht individuell ärztlich-therapeutische Bedenken entgegenstehen. In diesem offen gehaltenen Erfahrungsfeld soll der Patient Außenkontakte, Eigenverantwortung, Freizeitgestaltung und Umgang mit der Verfügbarkeit seines Suchtmittels wahrnehmen und bewältigen lernen. Die Erfahrungen sind sodann im gegebenen therapeutischen Rahmen auszuwerten.

Zu f) Zu der unter e) geschilderten realen Auseinandersetzung zählen insbesondere auch die Erfahrungen im heimatlichen Umfeld durch mindestens **zwei Heimfahrten**:

- - das Alltagsleben in der eigenen Wohnung,
- - die Begegnung mit nahen oder entfernteren Bezugspersonen,
- - die Erledigung behördlicher, finanzieller und sonstiger Angelegenheiten,
- - das Ausführen therapeutischer Aufgaben,
- - die Freizeitgestaltung,
- - ggf. der Kontakt mit der Arbeitsstelle, den Arbeitskollegen,
- - der Kontakt mit der örtlichen Suchtberatungsstelle und Selbsthilfegruppe
- - u. v. a. m.

Die Heimfahrten sind vorzubereiten, in der Einzel- und / oder Gruppentherapie durchzusprechen und im Rückblick auszuwerten.

Weitere therapeutische Elemente der Reha-Klinik (Sport-, Ergo- und Arbeitstherapie, Informationsvermittlung, Freizeit- und Gemeinschaftsgestaltung u. a. m. ergänzen die genannten Behandlungsschwerpunkte.

Wir gehen aus den zurückliegenden Erfahrungen davon aus, dass für die Durchführung einer Rückfall- oder Festigungsbehandlung ein eher **kurzfristiges Antrags-, Prüfungs- und ggf. Bewilligungsverfahren** vonnöten ist und eine ebenso kurzfristige stationäre Aufnahme erfolgen soll, um Rückfälligkeit zu vermeiden oder ein Abgleiten in massives Suchtverhalten zu verhindern. I. d. R. liegen die wesentlichen versicherungsrechtlichen Daten beim Leistungsträger bereits aus einer früher bewilligten Maßnahme vor, sodass dieser Teil des Prüfungsverfahrens zügig durchführbar sein dürfte.

Die Erfahrungen aus Kriseninterventionen nach Abschluss einer stationären Reha-Maßnahme zeigen, dass eine derart kurzfristige, ergänzende bzw. weiterführende Behandlungsform ebenso ihre Annahme bei dem Suchtkranken findet, wie sie für einzelne Patienten auch offenkundig - als Ergänzungsmaßnahme - erforderlich ist. Ist dem Betroffenen diese Hilfeform bekannt und durch die Erfahrung anderer vertraut, so kann mit einer wachsenden Akzeptanz bei dem betroffenen Personenkreis gerechnet werden mit der Folge, dass ein Abgleiten in massive, langzeitige Suchterscheinungen verhindert und aufgefangen werden kann. Dies wäre im Interesse aller an der Suchtrehabilitation Beteiligten ohne Zweifel äußerst wünschenswert.

ANHANG III – Muster-Wochenplan

	Montag, 13. Januar	Dienstag, 14. Januar	Mittwoch, 15. Januar	Donnerstag, 16. Januar	Freitag, 17. Januar	Samstag, 18. Januar	Sonntag, 19. Januar
05 ⁰⁰							
06 ⁰⁰							
07 ⁰⁰							
08 ⁰⁰	07:30-08:00 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück (Speisesaal)	08:00-08:30 Frühstück (Speisesaal)
09 ⁰⁰	08:00-09:00 Selbststudium Suchtfibel (Zimmer)	08:15-09:00 Großgruppe / BOL	08:15-09:00 Großgruppe / BOL	08:15-09:00 Großgruppe / BOL	08:00-08:30 Bad- Zimmerreinigung / 08:30-09:00 Ernährungsberatung -	08:30-11:30 Arbeitstherapie Außenanlagen	
10 ⁰⁰	09:00-10:30 Achtsamkeitstraining	09:00-10:00 Unterricht (Thema siehe Aushang) (großer Versammlungsraum)	09:00-10:00 IG Kraftausdauer 2	09:00-10:00 IG Körperwahrnehmung	09:00-10:00 Arbeitstherapie Außenanlagen		
11 ⁰⁰	10:30-12:00 Gruppenstunde Gr. 1 (Raum 1.10.1)	10:30-12:30 Ergotherapie Gr. 1	10:30-12:00 Gruppenstunde Gr. 1 (Raum 2.06)	10:30-11:30 Visite Gr. 1 (Büro Dr. Traub)	10:30-12:00 Arbeitstherapie Außenanlagen		
12 ⁰⁰	12:00-13:00 Mittagessen (Speisesaal)	12:30-13:30 Mittagessen (Speisesaal)	12:00-13:00 Mittagessen (Speisesaal)	12:00-13:00 Mittagessen (Speisesaal)	12:00-13:00 Einkauf für Kochkurs (Speisesaal)	12:00-13:00 Mittagessen (Speisesaal)	12:30-13:00 Mittagessen (Speisesaal)
13 ⁰⁰	13:30-16:30 Arbeitstherapie Außenanlagen	13:30-15:00 Arbeitstherapie Außenanlagen	13:30-16:30 Arbeitstherapie Außenanlagen	13:30-15:00 Gruppenstunde Gr. 1 (Raum 2.06)	13:30-15:00 Kochkurs (Diätküche)	13:30-17:00 Erarbeitete Freizeitgestaltung	13:30-17:00 Erarbeitete Freizeitgestaltung
14 ⁰⁰		15:00-16:30 Arzttermin bei Frau Dr. Fischer		15:00-16:30 Arbeitstherapie Außenanlagen	15:00-16:30 Einkaufsfahrt persönl. Dinge (Bushaltestelle)		
15 ⁰⁰				16:30-17:30 Einzeltherapie (Bezugstherapeut)			
16 ⁰⁰							
17 ⁰⁰							
18 ⁰⁰	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:30 Abendessen (Speisesaal)
19 ⁰⁰							
20 ⁰⁰							
21 ⁰⁰							

ANHANG IV – Literatur

Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C.F. & Liese, B.S. (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: PVU, Beltz.

Brünger, M. (1995). *Der Rückfall während der stationären Suchtbehandlung*. In: dgvt (Hrsg.). Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. Nr.1/95. 19-34

Herder, S. & Sakofski, A. (1988). *Der Rückfall des Suchtkranken und seine Bedeutung für die Psychohygiene des Therapeuten*. In: J. Körkel (Hrsg.). Der Rückfall des Suchtkranken. Berlin, Heidelberg: Springer. 272-298

Körkel, J. (1988). Der Rückfall des Suchtkranken. Berlin, Heidelberg: Springer.

Körkel, J. (Hrsg.). Rückfall muß keine Katastrophe sein. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag. (1991)

Körkel, J.; Dittmann, E.; Pahlke, B. & Wohlfarth, R. (1995). *Grundzüge stationärer Rückfallarbeit*.

In: J. Körkel (Hrsg.). Der Rückfall des Suchtkranken. Berlin, Heidelberg: Springer. 240-267

Körkel, J. & Lauer, G. (1995). *Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends*. In: J. Körkel (Hrsg.). Der Rückfall des Suchtkranken. Berlin, Heidelberg: Springer. 158-185

Körkel, J. & Wagner, A. (1995). *Patientenrückfälle als Mißerfolgserebnisse. Motivations- und emotionstheoretische Analyse der Rückfallverarbeitung von Suchttherapeuten*. In: J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.). Sucht und Rückfall. Stuttgart: Enke. 128-144

Körkel, J., Wernado, M. & Wohlfahrt, R. (1995). *Entlassung oder Weiterarbeit nach stationärem Rückfall: Was ist das Beste für den Patienten und die Beteiligten?*. In: J. Körkel, M. Wernado & R. Wohlfahrt (Hrsg.). Stationärer Rückfall – Ende der Therapie?. Geesthacht: Neuland. 339-352

Lindenmeyer, J., Bents, H., Fiegenbaum, W. & Ströhm, W. (1995). *In der Realität ist alles*

anders.. .Exposition in vivo bei der Rückfallbehandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen. In: dgvt (Hrsg.). Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. Nr.1/95. 35-46

Schmidt, G. (1988). *Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht*. In: J. Körkel (Hrsg.). Der Rückfall des Suchtkranken. Berlin, Heidelberg: Springer. 173- 213

Sohns, R. & Lauer, G. (1995). *Rückfallkonstruktion mit Alkoholabhängigen: Eine qualitativ- quantitative Analyse*. In: J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.). Sucht und Rückfall. Stuttgart: Enke. 80-94