

# THERAPIEKONZEPT

für die stationäre Rehabilitation  
von Abhängigkeitserkrankungen



## SAALETALKLINIK

BAD NEUSTADT

Rehabilitationsklinik  
für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Zertifiziertes QM-System  
DIN EN ISO 9001:2008 &  
Mitglied im Fachverband Sucht e.V., Bonn



Verbundenes Unternehmen der



**RHÖN-KLINIKUM**  
AKTIENGESELLSCHAFT

**Impressum:**

Herausgeber: Haus Saaletal GmbH, Bad Neustadt – Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers  
Redaktion und Textverarbeitung: Dr. med. Helmut Röthke, Tina Linke

# THERAPIEKONZEPT

für die stationäre Rehabilitation  
von Abhängigkeitserkrankungen



## SAALETALKLINIK

BAD NEUSTADT

Rehabilitationsklinik  
für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Salzburgweg 7 · 97616 Bad Neustadt/Saale  
Telefon 09771-905-0 · Telefax 09771-905-4610  
e-mail: [stk@saaletalklinik.de](mailto:stk@saaletalklinik.de)  
Internet: [www.saaletalklinik.de](http://www.saaletalklinik.de)



# INHALTSVERZEICHNIS

|                                                                                                      | Seite |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>1. Vorwort</b>                                                                                    | 6     |
| <b>2. Beschreibung der Klinik</b>                                                                    | 8     |
| <b>3. Indikationen</b>                                                                               | 8     |
| <b>4. Kontraindikationen</b>                                                                         | 9     |
| <b>5. Aufnahmebedingungen</b>                                                                        | 9     |
| <b>6. Qualitätsmanagement der Haus Saaletal GmbH</b>                                                 | 9     |
| 6.1 - Qualitätspolitik                                                                               | 9     |
| 6.2 - Qualitätsziele                                                                                 | 10    |
| 6.3 - Strukturen des Qualitätsmanagements                                                            | 11    |
| 6.4 - Bewertung des Qualitätsmanagements                                                             | 12    |
| <b>7. Grundlegende Überlegungen zum Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen und deren Therapie</b> | 13    |
| <b>8. Behandlungsziele</b>                                                                           | 13    |
| 8.1 - Medizinische Behandlungsziele                                                                  | 13    |
| 8.2 - Psychotherapeutische Behandlungsziele                                                          | 14    |
| 8.3 - Soziale Behandlungsziele                                                                       | 14    |
| <b>9. Behandlungsdauer</b>                                                                           | 14    |
| <b>10. Behandlungsverlauf (modulare Therapie)</b>                                                    | 15    |
| 10.1 - Beispiel                                                                                      | 16    |
| <b>11. Der Rehabilitationsprozess</b>                                                                | 19    |
| 11.1 - Grundannahmen                                                                                 | 21    |
| 11.2 - Medizinische Behandlung                                                                       | 21    |
| 11.3. - Psychotherapeutische Behandlung                                                              | 23    |
| 11.3.1 - Diagnostik                                                                                  | 25    |
| 11.3.2 - Einzelgespräche                                                                             | 25    |
| 11.3.3 - Gruppentherapie                                                                             | 26    |
| 11.3.4 - Indikationsgruppen                                                                          | 26    |
| 11.3.5 - Arbeit mit Bezugspersonen                                                                   | 26    |
| 11.3.6 - Verständnis vom und Umgang mit dem Rückfall (Rückfallkonzept)                               | 27    |
| 11.4 - Angebote Ergotherapie                                                                         | 29    |
| 11.5 - Angebote Bewegungstherapie                                                                    | 29    |
| <b>12. Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation</b>                                               | 32    |
| <b>13. Soziale Betreuung</b>                                                                         | 34    |
| <b>14. Übergang in Adaption</b>                                                                      | 36    |
| <b>15. Die Beziehung zu Selbsthilfegruppen</b>                                                       | 36    |
| <b>16. Sinnfragen und Therapie</b>                                                                   | 36    |
| <b>17. Abhängigkeit und</b>                                                                          | 37    |
| 17.1 - Aggression                                                                                    | 37    |
| 17.2 - Angst                                                                                         | 37    |
| 17.3 - Berufliche Probleme (aus psychotherapeutischer Sicht)                                         | 38    |
| 17.4 - Depression                                                                                    | 38    |
| 17.5 - Essstörung                                                                                    | 39    |
| 17.6 - Familie                                                                                       | 40    |
| 17.7 - Frauen                                                                                        | 40    |
| 17.8 - Männer                                                                                        | 41    |
| 17.9 - Mehrfachbehandlung                                                                            | 42    |
| 17.10 - Psychose                                                                                     | 42    |
| 17.11 - Sexuelle Gewalt.                                                                             | 43    |
| 17.12 - Sexuelle Störungen                                                                           | 44    |
| 17.13 - Zwang                                                                                        | 44    |
| <b>18. Organisation und Personalstruktur</b>                                                         | 45    |
| <b>19. Literaturverzeichnis</b>                                                                      | 48    |

# I. VORWORT

Abhängigkeitserkrankungen sind weit verbreitet; sie stellen die Gesellschaft vor enorme Probleme: pro Jahr werden etwa 40.000 Menschen in Fachkliniken behandelt. In Deutschland sind etwa 3 Millionen Menschen alkoholabhängig, 500.000 medikamentenabhängig, 100.000 drogenabhängig.

40.000 Menschen kommen pro Jahr durch die Folgen der Alkoholabhängigkeit zu Tode. Die betriebs- und volkswirtschaftlichen Schäden sind nur schwer in Zahlen festzuhalten; gar nicht in Zahlen zu erfassen sind das Leid in den Familien und die Schäden, die Kinder von Abhängigkranken erleiden.

Abhängigkeit ist eine Krankheit, die es mit sich bringt, dass erst in einem mühsamen Prozess vom Betroffenen anerkannt wird, dass und wie sehr er auf Hilfe angewiesen ist.

**Es gibt nicht die Ursache für die Abhängigkeitserkrankung. Stets findet man ein ganzes Bündel von Gründen, wenn man die Entstehungsgeschichte aufdeckt: körperliche Faktoren, psychische und physische Vorerkrankungen, die persönliche Entwicklungsgeschichte mit den Belastungen und den daraus erwachsenden Defiziten, das soziale Umfeld, das Alkohol als Genuss- und Nahrungsmittel begreift, bilden Grundlagen für Abhängigkeitsentwicklungen.**

**Eine Therapie schafft Möglichkeiten, mit und trotz dieser Krankheit abstinent und zufrieden zu leben.**

**Die Behandlung von Abhängigkranken in der Saaletalklinik Bad Neustadt ist stationäre Rehabilitation.**

**Im Mittelpunkt des Arbeitsauftrages steht die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit des Patienten.**

**Alle therapeutischen Maßnahmen müssen dieser Aufgabe Rechnung tragen. Ziel der Medizinischen Rehabilitation ist der Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. die Rückkehr des Kranken in das Erwerbsleben.**

**Dazu tragen insbesondere die Kooperationen zu Arbeitsagenturen, Rehabilitationsberatern sowie die Hospitationen in ortsansässigen Betrieben im Rahmen der stationären Behandlung bei.**

**Eine räumlich getrennte Adaptionseinrichtung in gleicher Trägerschaft ergänzt das Behandlungsangebot.**

**Daneben steht die Behandlung von nicht erwerbstätigen Personen bzw. von berenteten Menschen.**

**Soweit im Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit lediglich die männliche Form Anwendung findet.**

Die Größe des Hauses ermöglicht ein differenziertes Konzept, nach dem ein multiprofessionelles Team die Behandlung durchführt.

Die Klinik fühlt sich dabei der Aufgabe verpflichtet, wirksam, wissenschaftlich begründet und wirtschaftlich zu arbeiten. Seit Juli 2007 ist die gesamte Klinik rauchfrei.

**Die Behandlung orientiert sich an vier grundlegenden ethischen Prinzipien**

- ▶ **Prinzip der Nichtschädigung ("primum non nocere")**
- ▶ **Prinzip der Autonomie**
- ▶ **Prinzip der Fürsorge (Verhindern von Schäden, Linderung eingetretener Schäden, Verbesserung der Situation)**
- ▶ **Prinzip der Gleichheit (Verbot sachfremder Differenzierung)**

Mit anderen Worten:

Dem Patienten wird nicht geschadet. Sein Selbstbestimmungsrecht wird geachtet. Er wird in der für sein Wohlbefinden förderlichsten Weise behandelt. Außerdem wird darauf geachtet, unter Bedingungen knapper Ressourcen nicht bestimmte Gruppen zum Nachteil anderer zu privilegieren.

Bei zunehmend älter werdender Bevölkerung wächst auch die Bedeutung der Reintegration von über 55-jährigen Rehabilitanden ins Erwerbsleben.

Besonders aus der Festschreibung der Indikation zur stationären Entwöhnungsbehandlung ergibt sich die Notwendigkeit, sich mindestens so häufig wie bisher auf multimorbide Patienten mit starker Tendenz zur sozialen Desintegration, drohender oder bereits längerer Arbeitslosigkeit einzustellen.

Dies macht eine intensive Beziehungskonstanz auf allen Ebenen notwendig und eine Umverteilung der inhaltlichen und organisatorischen Aufgabenstellungen der Mitarbeiter der Klinik von der Aufnahme des Patienten bis zur Entlassung.

Zeitgleich mit der Einführung der differentiellen Indikation zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnungsbehandlung wurde federführend von der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin, das 5-Punkte-Programm der Qualitätssicherung in die Rehabilitation eingeführt. Therapiezieldefinitionen, adaptive Indikationsstellungen und Qualitätsscreening machen es notwendig, dass sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten den Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung kennen lernen, betreuen und behandeln.

Im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes wird die stationäre Entwöhnungsbehandlung verstanden als Teil einer Therapiekette, die aus vorbereitender Beratung, Entgiftung, stationärer rehabilitativer Entwöhnungsbehandlung, ambulanter Entwöhnung sowie Selbsthilfegruppenbesuch besteht. Je nach individueller Problemlage erfahren die einzelnen Glieder dieser Therapiekette eine unterschiedliche Gewichtung.

Während beruflich und familiär gut eingebundene Abhängigkranke ohne schwerere Alkoholfolgekrankheiten oft mit einer stationären oder ambulanten Entgiftung und anschließender ambulanter Suchtrehabilitation (nach EVARS) mit ausreichend günstiger Prognose zu behandeln sind, ist bei Abhängigkranken ohne familiäre oder berufliche Einbindung und mit nennenswerten Alkoholfolgekrankheiten oft nach der Entgiftung eine stationäre Entwöhnung erforderlich, um langfristig Abstinenz und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit zu erreichen. Angestrebt wird ein möglichst nahtloser Übergang von der Entgiftung in die stationäre rehabilitative Entwöhnungsbehandlung und ebenfalls ein möglichst nahtloser Übergang von der stationären Entwöhnung zu den nachstationären Maßnahmen.

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

### **”Tradition ist bewahrter Fortschritt, Fortschritt ist weiterentwickelte Tradition”.**

Nach diesem Motto hat es sich als notwendig erwiesen, eine Fortschreibung des Behandlungskonzeptes zu erstellen, in der kontinuierlich und am aktuellen Stand der Reha-Wissenschaft orientierte Neuerungen im Therapieprozess beschrieben werden.

Die Saaletalklinik mit 166 stationären Behandlungsplätzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige arbeitet organisatorisch vernetzt mit der Klinik Neumühle, die 48 Behandlungsplätze für Drogenabhängige bereithält, sowie der Adaptionseinrichtung "Haus Maria Stern" mit 18 Behandlungsplätzen.

Das hier vorliegende fortgeschriebene Therapiekonzept soll dem Anliegen dienen, die bisherige gute Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern, ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke, mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Akutkrankenhäusern fortzusetzen und kontinuierlich zu verbessern.

Das Konzept wurde von Leitung und Mitarbeitenden der Saaletalklinik erstellt. An dieser Stelle sei allen gedankt, die daran beteiligt waren.

Bad Neustadt an der Saale, im Mai 2014

## 2. BESCHREIBUNG DER KLINIK

Die Saaletalklinik ist eine Rehabilitationsklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sie wurde 1979 eröffnet und 1998 nach neuesten Gesichtspunkten renoviert. Träger ist die Haus Saaletal GmbH, eine 100%ige Tochter der RHÖN-KLINIKUM AG. Es werden Patienten zu Lasten sämtlicher Leistungs- und Kostenträger aufgenommen:

- ▶ Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- ▶ Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
- ▶ Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
- ▶ Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
- ▶ Deutsche Rentenversicherung Knappschaft; Bahn; See
- ▶ Gesetzliche Krankenversicherungen
- ▶ Private Krankenversicherung
- ▶ Beihilfe

Die Aufnahme erfolgt überregional, es überwiegen jedoch Versicherte aus dem süddeutschen Raum.

Die Saaletalklinik verfügt über 166 Therapieplätze; 156 davon in Einzelzimmern.

Die Klinik ist großzügig ausgestattet; ihre bauliche Konzeption ermöglicht eine persönliche Atmosphäre.

Die Klinik verfügt über alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen: EKG, Belastungs- EKG- und Sonographie. Krankengymnastische und balneologische Maßnahmen können im Hause sowie in Kooperation extern durchgeführt werden.

Die Klinik liegt in direkter Nachbarschaft zum Rhön-Klinikum, so dass dessen zentrale Bereiche (Labor, EDV, Küche, Technik) genutzt werden können.

In Kooperation mit der Psychosomatischen Klinik, der Herz- und Gefäßklinik (einschließlich Abteilung für Radiologie und Zentrallabor), der Klinik für Handchirurgie und der Neurologischen Klinik sind differenzierte Möglichkeiten für eine konsiliarische Mitbetreuung gegeben.

Die Patienten sind in wohnlichen Einzelzimmern mit Dusche, WC und Balkon untergebracht.

5 Zimmer sind behindertengerecht ausgestattet.

Neben einem Speisesaal und Gruppenräumen sowie Räumen für Bewegungs- und Ergotherapie verfügt die Saaletalklinik über ein Schwimm- und Bewegungsbad, Sauna, über Gymnastik- und Fitnessräume, einen Kraftraum, eine Bibliothek sowie Fernsehräume und eine große Sporthalle.

## 3. INDIKATIONEN

Erwachsene alkohol- und medikamentenabhängige Patientinnen und Patienten werden zur Medizinischen Rehabilitation in der Saaletalklinik aufgenommen.

Ziel der Behandlung ist die Rückkehr in das soziale Leben auf der Grundlage gesicherter Krankheitseinsicht und stabiler Suchtmittelabstinenz. Zentraler Punkt der therapeutischen Arbeit ist für den überwiegenden Teil der Patienten der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

Daher besteht in besonderen Fällen auch die Möglichkeit einer Verlegung in eine an die Klinik angeschlossene Adaptionseinrichtung, die an späterer Stelle ausführlich beschrieben wird.

Körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen, sogenannte süchtige Verhaltensweisen (süchtiges Essen, süchtig betriebene Sexualität) und auf den Körper projizierte Symptome (sogenannte somatoforme Störungen) werden mitbehandelt.



Neben der Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung weisen unsere Patienten folgende Zweitdiagnosen auf:

- ▶ Chronische Lebererkrankungen, chronische alkoholtoxische Fettleber, akute alkoholtoxische Hepatitis, Leberzirrhose
- ▶ Essentielle Hypertonie
- ▶ Diabetes mellitus
- ▶ Depressive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen
- ▶ Polyneuropathie
- ▶ Kardiomyopathien
- ▶ Gastritis und Duodenitis
- ▶ Chronische Bronchitis
- ▶ Schmerzsyndrome der Wirbelsäule
- ▶ Alkoholpsychosen
- ▶ Virushepatitiden
- ▶ Lipidstoffwechselstörungen
- ▶ Arterielle Verschlusskrankheiten
- ▶ Epilepsien
- ▶ Pankreatitiden

Die Saaletalklinik Bad Neustadt betont in der stationären Entwöhnungsbehandlung zwei besondere **Schwerpunkte**:

- ▶ die **berufliche Reintegration** unserer Patienten wird durch die Möglichkeiten von differenzierten Berufspraktika, Teilnahme am Grundleistungstraining sowie an EDV-Grundkursen intensiv gefördert
- ▶ körperliche **Alkoholfolgekrankheiten** wie Stoffwechselerkrankungen, Herz- Kreislauferkrankungen sowie Leberfunktionsstörungen können aufgrund der differenzierten Behandlungsmöglichkeiten in den Kliniken des Rhön-Klinikum (Herz- und Gefäßklinik, Diabeteszentrum, Neurologische Klinik) mitbehandelt werden.

## 4. KONTRAINDIKATIONEN

Nicht aufgenommen werden Patienten mit

- ▶ akuter schwerer Infektionserkrankung (z.B. Tuberkulose)
- ▶ schwerer himorganischer Beeinträchtigung
- ▶ akuter Psychose
- ▶ akuter Suizidalität

## 5. AUFNAHMEBEDINGUNGEN

Vor der Aufnahme des Patienten benötigen wir

- ▶ einen ausführlichen Arztbericht
- ▶ einen ausführlichen Sozialbericht
- ▶ die Leistungs- bzw. Kostenzusage der jeweils zuständigen Renten- oder Krankenversicherung bzw. der Sozialhilfe.

## 6. QUALITÄTSMANAGEMENT DER HAUS SAALETAL GMBH

### 6.1 Qualitätspolitik

Seit langem steht die Qualität in den Einrichtungen der Haus Saaletal GmbH im Mittelpunkt aller Bemühungen. Im Jahr 2003 entschied sich die Klinikleitung für die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements.

Inzwischen haben sich die Einrichtungen der Haus Saaletal GmbH im Januar 2012 einem Re-Zertifizierungsaudit der Firma BSI unterzogen und die Konformität des QMS mit der DIN EN ISO 9001:2008 und den Anforderungen des IQMP-Reha erfolgreich bestätigen lassen.

Ausgehend vom Leitgedanken (Unternehmenskodex der RHÖN-KLINIKUM AG) wurden von der Klinikleitung verbindliche Qualitätsziele für die Einrichtungen und im Kontakt mit den Mitarbeitern verbindliche Jahresqualitätsziele für die einzelnen Abteilungen festgelegt.

### **Unternehmenskodex der RHÖN-KLINIKUM AG**

Die Ausrichtung der Arbeitsweise an den Bedürfnissen und Wünschen unserer Patienten/Rehabilitanden genießt höchste Priorität. Von unseren Mitarbeitern erwarten wir Professionalität und hohes persönliches Engagement in ihrer Arbeit. Bedingt durch unsere arbeitsteilige Arbeitsorganisation verfügt jede Berufsgruppe über eigenständige Verantwortungsbe-  
reiche. In enger Zusammenarbeit mit dem Konzernbetriebsrat wurde unser Unternehmenskodex für alle Mitarbeiter als Leitlinie verbindlich festgelegt.

Wir sind stolz darauf, dass sich alle Mitarbeiter im Konzern unserem Unternehmenskodex – „Tue nichts, was du nicht willst, dass es dir getan werde, und unterlasse nichts, was du wünschst, dass es dir getan werde“ – verpflichtet fühlen.

### **Klinikleitbild**

- ▶ Unsere Zielsetzung ist die abstinenzorientierte stationäre Rehabilitation von Menschen mit Suchterkrankungen auf qualitativ hohem Niveau.
- ▶ Die Arbeit unserer Einrichtungen wird durch ein ressourcenorientiertes Menschenbild geprägt.
- ▶ Mit Respekt, Menschlichkeit und Professionalität setzen wir den Focus für den Rehabilitanden auf Gesundheit, Teilhabe und Integration.
- ▶ Der Mensch, der uns im Moment gegenübersteht, ist jetzt die wichtigste Person.

Zusammen mit allen Mitarbeitern wurde unter Berücksichtigung des Unternehmenskodexes für die Haus Saaletal GmbH ein individuelles Leitbild entwickelt. Durch die inhaltliche Verwirklichung des Leitbildes sind unsere Mitarbeiter jederzeit in der Lage, die in den einrichtungsspezifischen Konzepten aufgeführten Rehabilitationsleistungen unseren Rehabilitanden zukommen zu lassen.

## **6.2 Qualitätsziele**

Die Klinikleitung hat unter Zugrundelegung der Unternehmensphilosophie und der Qualitätsgrundsätze der RHÖN-KLINIKUM AG zusammen mit der Qualitätskommission nachfolgende verbindliche Qualitätsziele für die Einrichtungen der Haus Saaletal GmbH festgelegt.

Die Dienstleistungen der Einrichtungen sind konsequent auf die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit der Patienten ausgerichtet. Das bedeutet:

- ▶ Die körperliche und seelische Gesundheit und die berufliche Leistungsfähigkeit der Patienten zu erhalten und wiederherzustellen
- ▶ Die Patienten zu befähigen, „Experten der eigenen Gesundheit“ zu werden
- ▶ Den Behandlungsauftrag der Patienten ernst zu nehmen

Die Zufriedenheit der Patienten, Partner und Kostenträger ist zentrales Anliegen. Das bedeutet:

- ▶ Jeden Behandlungsauftrag zu erfüllen, um sich für den folgenden Auftrag zu qualifizieren
- ▶ Zufriedene Patienten zu wollen
- ▶ Zufriedene Kosten- und Leistungsträger zu wollen
- ▶ Zufriedene kooperierende Partner (zum Beispiel vor- und nachbehandelnde Einrichtungen) zu wollen
- ▶ Sich an den Erfordernissen des Marktes unter Berücksichtigung der Marktentwicklung zu orientieren

Die Einrichtungen der Haus Saaletal GmbH gehören zu den renommierten Leistungserbringern der suchtmmedizinischen Rehabilitation. Das bedeutet:

- ▶ Eine hohe Effektivität und Effizienz der Dienstleistungen zu gewährleisten
- ▶ Leistungs- und Serviceangebote permanent zu verbessern
- ▶ Erstklassige Qualität durch systematische Behandlungs- und Therapiekonzepte zu erreichen, zu sichern und diese durch kontinuierliche Weiterentwicklung zu verbessern
- ▶ Durch Entwicklung innovativer Behandlungskonzepte an der gesamtgesellschaftlichen Weiterentwicklung der Medizinischen Rehabilitation mitzuwirken und darüber konstruktiven Einfluss auf die Gesundheitspolitik zu gewinnen

Die Leitung der Einrichtungen verpflichtet sich, diese zielorientiert zu führen. Das bedeutet:

- ▶ Bei der Definition der Ziele die Kompetenzen, Erfahrungen und Vorstellungen der Mitarbeiter mit einbeziehen
- ▶ Im Sinne eines vorausschauenden, planenden Klinikmanagements gemeinsam Ziele und Prioritäten zu setzen
- ▶ Die Ziele positiv, realisierbar und überprüfbar zu formulieren

Die Leitung der Einrichtungen fördert qualifizierte und motivierte Mitarbeiter, die sich mit dem Leitbild und den Zielen der Einrichtungen identifizieren. Das bedeutet:

- ▶ Eine Atmosphäre zur Förderung von Engagement und Kreativität zu erzeugen
- ▶ Ein offenes und faires Arbeitsklima zu schaffen
- ▶ Eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit zu erreichen

Die Tätigkeit der Einrichtungen der Haus Saaletal GmbH ist darauf ausgerichtet, ein jährlich zu planendes Umsatz- und Renditeziel zu erreichen. Das bedeutet:

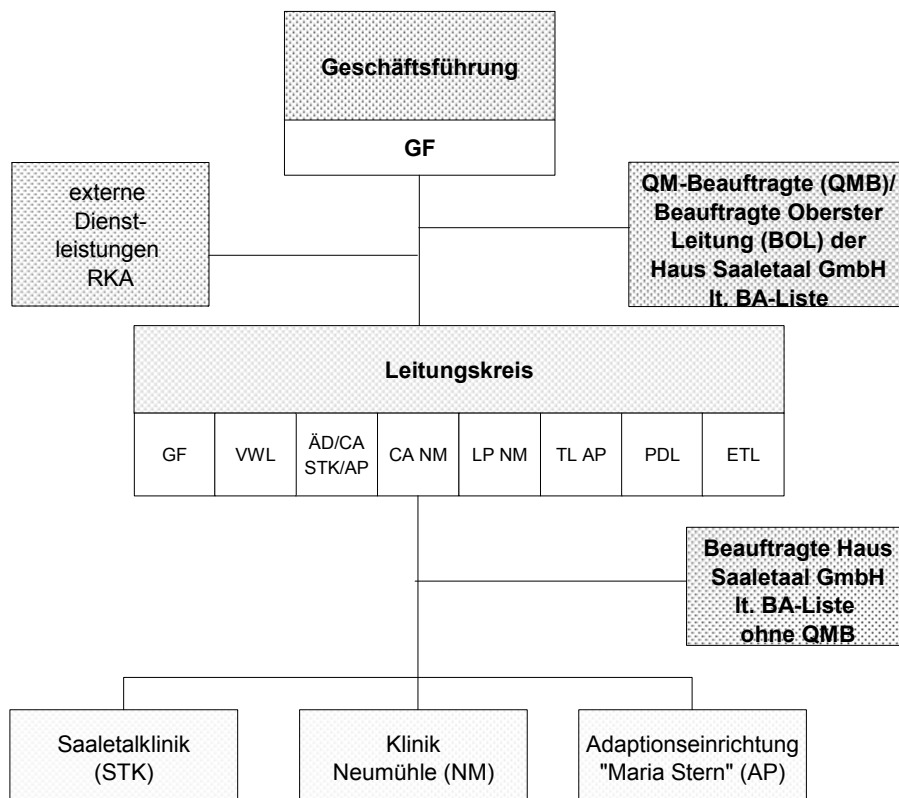
- ▶ Die Ertragskraft der Klinik langfristig zu sichern
- ▶ Eine angemessene Rendite zu erwirtschaften
- ▶ Die Arbeitsplätze langfristig zu erhalten

### Überprüfung

Das Erreichen der vorgenannten Ziele wird neben fortlaufendem Controlling und internen Audits halbjährlich einrichtungsintern im Rahmen der Qualitätsmanagement-Bewertung und jährlich extern im Rahmen eines Audits durch die Zertifizierungsgesellschaft überprüft.

## 6.3 Strukturen des Qualitätsmanagements

### Organigramm der Haus Saaletal GmbH



GF = Geschäftsführung  
 ÄD/CA STK/AP = Ärztlicher Direktor/Chefarzt Saaletalklinik und Adaptionseinrichtung „Maria Stern“  
 CA NM = Chefarzt Klinik Neumühle  
 LP NM = Leitender Psychologe Klinik Neumühle  
 TL AP = Therapeutische Leitung Adaptionseinrichtung „Maria Stern“  
 VWL = Verwaltungsleitung  
 PDL = Pflegedienstleitung  
 QMB = Qualitätsmanagementbeauftragte  
 ETL = Ergotherapeutische Leitung  
 RKA = RHÖN-KLINIKUM AG

## Qualitätszirkel

- ▶ Einrichtungsintern und –übergreifend bestehen Qualitätszirkel zu verschiedenen Projekten
- ▶ Zweimal jährlich findet ein Qualitätszirkel der Chefarzte Psychiatrie, Psychosomatik und Sucht der Einrichtungen der RHÖN-KLINIKUM AG statt
- ▶ Zweimal jährlich treffen sich die Chefarzte großer Suchtkliniken (DBCS) zu einem Qualitätszirkel
- ▶ Qualitätszirkel „Drogen“ des Fachverbands Sucht e.V.
- ▶ Qualitätszirkel „Adaption“ des Fachverbands Sucht e.V.

## Kontinuierlich laufende Qualitätssichernde Kooperationen

Von großer Bedeutung für eine gute Behandlung und für die Weiterentwicklung der Qualität sind übergreifende Arbeitsvorhaben. Sie sind vor allem dort von Belang, wo der Patient arbeitsteilig durch mehrere Berufsgruppen behandelt werden muss. Hier gilt es, durch besonders enge Abstimmung der therapeutischen und organisatorischen Abläufe ein fehlerfreies Ineinandergreifen und einen optimalen Informationsaustausch sicherzustellen.

Wichtige übergreifende Projekte sind:

Regelmäßig bietet der **Rehabilitationsberater** der Deutschen Rentenversicherung Bund **Sprechstunden** für Patienten der drei Klinikbereiche in der Saaletalklinik an.

Für Patienten, die für eine spätere **Adaptionsbehandlung** in Frage kommen, bieten Mitarbeiter der Adaptionseinrichtung „Maria Stern“ in der Saaletalklinik und Klinik Neumühle regelmäßig Informationsveranstaltungen und eine individuelle Beratung in der Einrichtung an.

Eine **regelmäßige wechselseitige Konsultativität** besteht mit dem Kreiskrankenhaus, der Neurologischen Klinik, der Frankenklinik, der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt, der Klinik für Handchirurgie, der Herz- und Gefäßklinik einschließlich der verbundenen Institute Radiologie und Labor, am Standort Bad Neustadt an der Saale.

**Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt:** In Konsilen und in patientenbezogener Fallarbeit (Balint-Gruppen) werden regelmäßig sowohl psychosomatische Themen der Sucht-Patienten als auch substanzbezogene Probleme der Psychosomatik-Patienten bearbeitet. Jeder Patient mit Abhängigkeit oder Substanzmissbrauch wird konsiliarisch in der Saaletalklinik vorgestellt. Etliche der Konsile hatten eine direkte Verlegung in die Saaletalklinik oder eine spätere ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung zur Folge.

Die **externe Supervision** der therapeutischen Mitarbeiter der Saaletalklinik wird durch Herrn Dr. med. R. Knickenberg, Ärztlicher Direktor der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt, sowie Prof. Dr. C. Reimer, geleistet.

Die **Selbsthilfegruppe des Kreuzbundes** trifft sich einmal monatlich in der Saaletalklinik.

Jährlich findet in der Saaletalklinik und im Zweijahres-Rhythmus in der Klinik Neumühle ein **Treffen ehemaliger Patienten** statt.

## 6.4 Bewertung des Qualitätsmanagement

Über das **5-Punkte-Programm der Rentenversicherung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation** ist die Saaletalklinik Bad Neustadt in das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger eingebunden. Das Programm setzt sich zusammen aus den Punkten

- ▶ **Konzeptqualität der Rehaeinrichtung**
- ▶ **Patienten-Therapiepläne**
- ▶ **Qualitätsscreening**
- ▶ **Patientenbefragung**
- ▶ **Qualitätszirkel**

Chefarzt und ein Oberarzt der Klinik sind als Peers im Peer-Review-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung tätig.

Darüber hinaus ist die Saaletalklinik Bad Neustadt über die Basisdokumentation und die Einjahreskatamnese in das Qualitätssicherungsprogramm des Fachverbandes Sucht (FVS) eingebunden.

## 7. GRUNDLEGENDE ÜBERLEGUNGEN ZUM VERSTÄNDNIS VON ABHÄNGIGKEITS-ERKRANKUNGEN UND THERAPIE

Obwohl jeder Mensch eine Vorstellung von Abhängigkeit hat, ist es nicht ganz einfach, sie wissenschaftlich exakt zu definieren. In der Klinik haben wir es mit Menschen zu tun, die sogenannte psychotrope Substanzen benutzen; damit ist gemeint, dass diese Substanzen in der Lage sind, das Bewusstsein zu verändern, indem sie direkt auf das Gehirn einwirken.

Es gibt einen kulturtypischen **Gebrauch** von solchen Substanzen, z.B. das Trinken von Bier oder Wein zum Essen; es gibt **Missbrauchsformen** (wenn bei einer Geburtstagsfeier zu viel Alkohol getrunken wird), und diese reichen von unproblematischen Missbrauchsgestaltungen (sofern dies zu Hause geschieht) bis hin zu problematischen Formen, wenn z.B. durch eine Trunkenheitsfahrt Personen- und Sachschäden entstehen.

Die **Abhängigkeit** von Suchtmitteln (Alkohol, Beruhigungs-, Schlaf-, angstlösende Mittel, Heroin, Kokain, Cannabis) verstehen wir als Ergebnis eines Prozesses, an dessen Endstrecke ein unstillbares Verlangen nach dem Suchtstoff steht, das sowohl durch die körperlichen Veränderungen zu erklären ist, die die Substanz bewirkt hat (deren Fehlen führt zu einer Entzugssymptomatik), als auch durch eine psychische Gier nach dem Suchtmittel.

Dabei können erhebliche Toleranzsteigerungen entstehen; Abhängigkranke vertragen Mengen, die für einen suchtmittelun- gewohnten Menschen tödlich sein können.

Durch Abhängigkeit entstehen körperliche, seelische und auch soziale Schäden, die oft nur im Rahmen eines stationären Aufenthaltes behandelt werden können.

Therapie hat die Aufgabe, den Menschen zu befähigen,

- ▶ seine Entwicklung besser zu verstehen
- ▶ seine krankheitsbedingten Einschränkungen zu akzeptieren und zu respektieren
- ▶ Entwicklungsmöglichkeiten zu entfalten, die ihm geblieben bzw. von ihm nie genutzt worden sind
- ▶ auf der Grundlage einer ehrlichen Lebensbilanz die Chance zu schaffen, nüchtern und zufrieden zu leben

Im Sinne eines salutogenetischen Ansatzes (A. Antonovsky) werden einer ressourcenorientierten Sichtweise und einer Betonung der drei Einstellungsmuster "Verstehbarkeit", "Handhabbarkeit" und "Sinnhaftigkeit" besondere Bedeutung in der Therapie zugemessen.

Daraus leiten sich

- ▶ die Behandlungsziele
- ▶ die Behandlungsdauer und
- ▶ die Art der Therapie ab

## 8. BEHANDLUNGSZIELE

Aufgabe der stationären Rehabilitation ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Dazu ist es notwendig

- ▶ medizinische
- ▶ psychotherapeutische und
- ▶ soziale

Ziele zu erreichen.

**8.1 Medizinische Behandlungsziele:** Die medizinische Versorgung dient neben der notwendigen Diagnostik und Behandlung dazu, den eigenen Körper kennenzulernen und seine Grenzen zu akzeptieren.

Diagnostische Maßnahmen werden entweder im Hause oder im Bedarfsfall in Kooperation mit Konsiliarärzten durchgeführt. Mit einer Krankheit vertraut zu sein ermöglicht es, angemessen mit ihr umzugehen und besser zu leben.

Präzise medizinische Diagnostik wird verbunden mit möglichst viel Hilfe zur Selbsthilfe und Anleitung zur Gesundung.

Viele Bluthochdruckkranke kommen am Ende ihrer Behandlung ohne Medikamente aus: Gesunde Ernährung, ausreichende körperliche Belastung, ggf. Gewichtsreduktion und Alkoholabstinenz lassen diese körperliche Funktion wieder "normal" werden.

## 8.2 Ziel der Psychotherapie ist die Nachreifung des Menschen, der dadurch

- ▶ selbständiger
- ▶ beziehungsfähiger und
- ▶ leistungsfähiger

werden kann.

Dazu bietet die Klinik eine angstarme Atmosphäre, in der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte, mit den Vorstellungen von sich selbst und von anderen möglich ist. Nicht ausreichend bewältigte Entwicklungs- und Reifungsschritte und Beeinträchtigungen, die dadurch entstanden, dass nicht genügend gute Beziehungserfahrungen in das Erwachsenenleben mitgenommen werden konnten, sind Themen der Therapie.

Therapie ermöglicht, eigene Gefühle, Ansichten und Handlungen besser zu verstehen, um sie ggf. auch zu korrigieren. Korrigierende emotionale Erfahrungen - z.B. mit Schwierigkeiten und Schwächen nicht abgelehnt zu werden, zu erleben, mit Problemen nicht allein zu sein - wirken vertrauensbildend und sinnstiftend für weitere Auseinandersetzungen mit der Gegenwart und der näheren Zukunft.

Eine Abhängigkeitserkrankung prägt das alltägliche Leben und schränkt die Möglichkeiten zur Gestaltung ein. In der stationären Behandlung werden die bisher mit Hilfe von Suchtmitteln gelösten Lebensprobleme thematisiert. Unbekannte und ungenutzte Ressourcen werden zur Bewältigung gesucht und entwickelt. Von unwiederbringlich verlorengegangenen Möglichkeiten muss sich ein Patient verabschieden.

## 8.3 Soziale Behandlungsziele richten sich nach den konkreten Problemen und Bedürfnissen der Patienten:

- ▶ Hilfe bei der Klärung der beruflichen Situation bzw. der Rückkehr in das Erwerbsleben einschließlich der in Einzelfällen erforderlichen Verlegung in eine Adaptionseinrichtung
- ▶ Hilfe bei der Klärung der familiären Situation
- ▶ Hilfe bei der Klärung von Schulden und rechtlichen Problemen
- ▶ Hilfe bei der Klärung der Wohnsituation

Zum Zeitpunkt der Entlassung sind die neu geschaffenen bzw. gefestigten Verbindungen zu einer Beratungsstelle und einer Selbsthilfegruppe Grundlagen weiterer abstinenter Lebensweise.

# 9. BEHANDLUNGSDAUER

Die Dauer der Behandlung muss sich nach den Bedürfnissen und Notwendigkeiten des einzelnen Patienten und dem Rehabilitationsauftrag richten. Sie hat so kurz wie möglich und so lang wie nötig zu sein.

- ▶ Die **Regelbehandlung** dauert bis zu **15 Wochen**.  
Für diese Behandlung kommen vor allem Patienten infrage, bei denen bereits Suchtfolgeerkrankungen eingetreten sind oder deren berufliche und familiäre Situation eine deutlich kürzere stationäre Behandlung mit anschließender ambulanter Therapiephase nicht zulassen.
- ▶ Die **Wiederholungsbehandlung** dauert bis zu **10 Wochen**.  
Hier ist zu unterscheiden zwischen Patienten, die vor längerer Zeit eine Entwöhnungsbehandlung absolviert haben und nach mehrjähriger Abstinenz in einer kritischen Lebenssituation rückfällig geworden sind und solchen, die bereits kurze Zeit nach einer Entwöhnungsbehandlung wieder in alte Konsummuster zurückfallen. Für die erste Gruppe liegt der Therapieschwerpunkt in der Bearbeitung der rückfallauslösenden Lebenssituation, häufig eines Verlusterlebnisses. Für die zweite Gruppe ist in der Regel ein intensives Rückfallpräventionstraining (nach Körkel und Schindler) erforderlich. Dieser Differenzierung ist bei der Auswahl der indikativen Gruppen Rechnung zu tragen.
- ▶ Die **Kurzzeitbehandlung** dauert **8 Wochen**.  
Dieses Behandlungsangebot ist zugeschnitten auf Patienten, die in einer ausreichend stabilen familiären und beruflichen Situation leben und bei denen Suchtfolgeerkrankungen noch nicht in stärkerem Ausmaß fortgeschritten sind. In der Regel hat hier eine intensive ambulante Vorbereitung der stationären Therapie stattgefunden. Nahtlos im Anschluss an die stationäre Entwöhnungsphase ist eine ambulante Rehabilitationsphase anzuschließen, nach Möglichkeit im Sinne einer integrierten stationären und ambulanten Suchttherapie.

- ▶ Die **Screeningbehandlung** dauert bis zu **6 Wochen**. Dies ist ein Therapieangebot für Patienten, bei denen noch unklar ist, ob es sich um eine Abhängigkeitserkrankung oder einen missbräuchlichen Konsum handelt. In vielen Fällen ist hier auch zunächst die Motivation für eine intensivere weiterführende Entwöhnungsbehandlung noch nicht gegeben. Für Patienten, deren Rehabilitationsfähigkeit noch unklar ist, kann ebenso eine Screeningbehandlung der genannten Dauer, welche dann eine klare sozialmedizinische Aussage ermöglicht, sinnvoll sein.

Im Einzelfall sind auch längere oder kürzere Behandlungszeiten möglich.

Sofern ein Patient eine Therapiemotivation nicht erarbeiten kann oder will bzw. eine Krankheitseinsicht nicht vorliegt, erfolgt die Entlassung.

Da es sich bei Abhängigkeit um eine chronische, oft lebenslange Krankheit handelt, muss auch die Behandlung auf eine längerfristige Perspektive (einschließlich der Möglichkeit der Wiederaufnahme im indizierten Fall) angelegt sein.

## 10. BEHANDLUNGSVERLAUF

### Vorbereitung auf die stationäre Behandlung

Je besser die Vorbereitung des Patienten, um so wahrscheinlicher ist erfahrungsgemäß auch sein Therapieerfolg.

Deshalb sind Kontaktaufnahme mit einer Beratungsstelle oder einer betrieblichen Suchtkrankenhilfe sowie Besuche von Selbsthilfegruppen vor der Aufnahme dringend zu empfehlen.

Im Sinne einer **modularen Suchttherapie** greifen **fünf Therapiemodule** ineinander:

- ▶ **Entgiftungsmodul** (extern vor Rehabilitation)
- ▶ **Diagnostikmodul** (1 Woche)
- ▶ **Informationsmodul** (2 bis 4 Wochen)
- ▶ **Veränderungsmodul** (2 bis 6 Wochen)
- ▶ **Umsetzungsmodul** (1 bis 6 Wochen)
- ▶ Die **Entgiftung** findet in der Regel vor der stationären Rehabilitationsmaßnahme im Akutkrankenhaus statt. Wir gehen davon aus, dass durch eine Entgiftungsbehandlung oder auch eine selbst hergestellte Abstinenz Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist. In Einzelfällen kann auf unserer Aufnahmestation in begrenztem Umfang eine Nachentgiftung durchgeführt werden. Ein Vorteil ist hierbei, dass von Anfang an der Kontakt zu Bezugsarzt und Bezugstherapeuten besteht.
- ▶ An **Diagnostik** finden ausführliche körperliche, psychosoziale und testpsychologische Untersuchungen statt. Jeder Patient wird am Aufnahmetag vom Bezugsarzt ausführlich körperlich untersucht. Das Erheben einer psychodynamischen Anamnese einschließlich Suchtanamnese findet ebenfalls am Aufnahmetag oder am Tag darauf statt. Weiterhin finden in den ersten Tagen nach Aufnahme Laboruntersuchungen, EKG und Sonographie sowie eine Chefarztvisite statt. Ebenfalls in der ersten Woche des Aufenthaltes erfolgt eine Einschätzung der beruflichen sowie der sozialen Situation. Des Weiteren wird in dieser ersten Woche eine psychometrische Standarduntersuchung durchgeführt (Wiederholung vor Entlassung). Alle diese Untersuchungsergebnisse fließen in die Indikationskonferenz am Ende der zweiten Behandlungswoche ein, in welcher Bezugs-, Ergo- und Bewegungstherapeuten Zusammenstellung und zeitliche Reihenfolge der indikativen Therapieangebote festlegen.
- ▶ Themenorientierte **Informationsgruppen** bilden von der zweiten bis vierten Therapiewoche einen Schwerpunkt. Es werden Grundkenntnisse über den Zusammenhang von Krankheit und anstehender Therapie vermittelt. Die Bestätigung bisheriger Bewältigungsstrategien im Sinne positiver Konnotationen (Umdeutungen) ist hier wichtig. Es entsteht ein Verständnis für die Bedeutung, die das Suchtmittel für den Betroffenen bisher gehabt hat.
- ▶ Im **Veränderungsmodul** erfolgt eine vertiefte Auseinandersetzung mit den individuellen Konflikten und deren Entstehungsgeschichte. In diese Phase gehört auch ein mehrtägiges Familienseminar. Hier erfolgt eine nüchterne Auseinandersetzung mit der gemeinsamen Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft. In diesem Therapiemodul liegt der Schwerpunkt auf der Teilnahme an den Indikationsgruppen. Hier kommen infrage

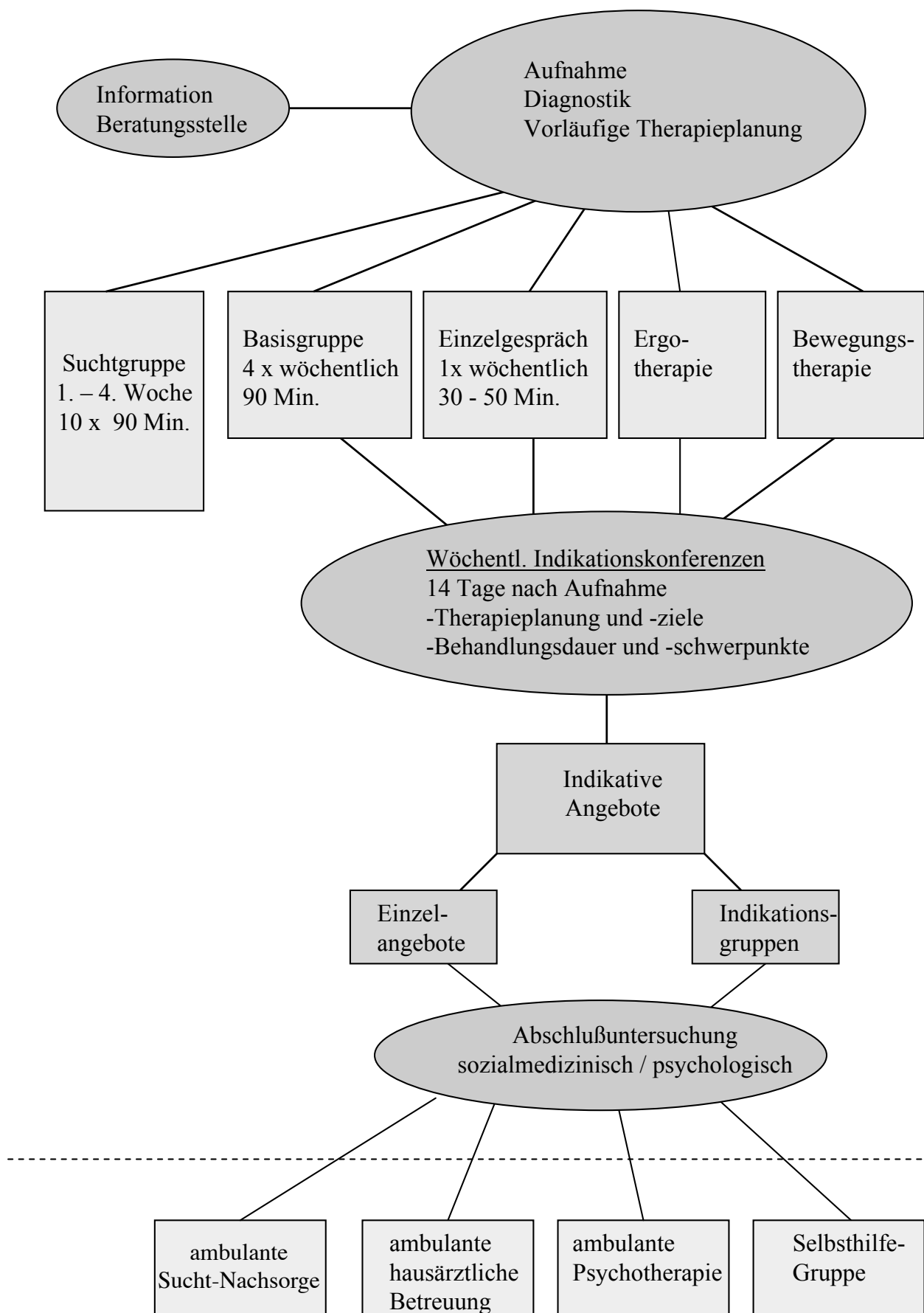
- ▶ Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK)
  - ▶ Genusstraining
  - ▶ Frauengruppe
  - ▶ Männergruppe
  - ▶ Ernährungsberatung
  - ▶ Stressbewältigungstraining
  - ▶ Nichtrauchertraining
  - ▶ Medikamentengruppe
- sowie weitere indikative Angebote aus dem Bereich der Ergo- und Bewegungstherapie
- ▶ Das **Umsetzungsmodul** beginnt in der Regel mit einer Belastungsheimfahrt einige Wochen vor der Entlassung. Besuche in der Selbsthilfegruppe, in der Beratungsstelle, am Arbeitsplatz bzw. der Arbeitsagentur sowie bei Behörden gehören zu den Aufgaben, die während des bis zu 4tägigen Aufenthalts erfüllt werden. Zum Zeitpunkt der Entlassung sind die Kontakte zur Beratungsstelle und Selbsthilfegruppe geklärt; ggf. wird eine ambulante Rehabilitation bzw. eine ambulante Psychotherapie im Anschluss an die stationäre Behandlung eingeleitet. Im erforderlichen Fall wird die Verlegung in die der Saaletalklinik angegliederte Adaptionseinrichtung vorbereitet. Das Umsetzungsmodul beinhaltet in der Regel auch ein Rückfallpräventionstraining (modifiziert nach Körkel und Schindler) sowie eine ausführliche Auseinandersetzung mit der aktuellen Arbeitsplatzsituation und der familiären oder partnerschaftlichen Situation.

Die Dauer der einzelnen Therapiemodule wird im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Indikationskonferenz individuell festgelegt.

**10.1 Beispiel:** Ein motivierter und von der zuweisenden Fachambulanz gut vorbereiteter Patient kommt abstinent in die Klinik. In der ersten Woche wird die somatische, die psychiatrische sowie die psychosoziale Diagnostik einschließlich Status der Erwerbsituation durchgeführt. Während dieser Zeit nimmt der Patient bereits an der Basis-Gruppentherapie (täglich stattfindend) teil. Er nimmt weiterhin an Suchtinformationsgruppe und medizinischer Informationsgruppe (einmal pro Woche) teil. In der Indikationskonferenz am Ende der zweiten Behandlungswoche wird festgelegt, dass der Patient bei guter Vorbereitung mit zwei Wochen des Informationsmoduls auskommt. Er kann bereits nach drei Wochen mit den Indikationsgruppen "progressive Muskelentspannung" sowie "Stressbewältigung" beginnen. Weiterhin nimmt er bei bestehenden Risikofaktoren Übergewicht und Nikotinabhängigkeit an den Indikationsgruppen "Gesundheit und Ernährung" sowie "Raucherentwöhnung" teil. Nach zehn Wochen hat der Patient die Module Diagnostik, Information sowie Veränderung wie geplant durchlaufen. Für ihn genügen jetzt zwei Wochen, um sich nach einer Belastungsheimfahrt auf die bereits beantragte ambulante Nachsorge einzustellen. Er nimmt noch an einer strukturierten Rückfallprävention teil und kann nach zwölf Wochen nach Hause entlassen werden, wo nahtlos die ambulante Reha-Phase (z.B. zwanzig nachstationäre Gruppentherapieeinheiten) fortgeführt wird.



# BEHANDLUNGSPLAN



# BEHANDLUNGSANGEBOTE

## Basistherapie

Gruppenpsychotherapie  
Basisgruppe  
Suchtgruppe

Einzelgespräch

Medizinische Behandlung

Bewegungstherapie

Gestaltungs-/Ergotherapie  
und Arbeitstherapie

Informationsveranstaltung

Familienberatung und -therapie  
Gespräch am Aufnahmetag  
Behandlungsbegleitende Gespräche  
Angehörigenseminar

## Indikationsgruppen

Gruppentraining sozialer  
Kompetenz (GSK)

MBOR-Gruppe

Genusstraining

Frauengruppe

Männergruppe

Ernährungsberatung

Stressbewältigungstraining

Nichtrauchertraining

Medikamentengruppe

Bewerbungstraining

Entspannungsverfahren

## Indikative Einzelangebote

Maßnahmen der Arbeits- und  
Belastungserprobung

Therapeutische Beurlaubung  
(Realitätstraining mit definierter  
Aufgabenstellung)

Ernährungsberatung

Verhaltensübungen

Kurs: Grundleistungstraining

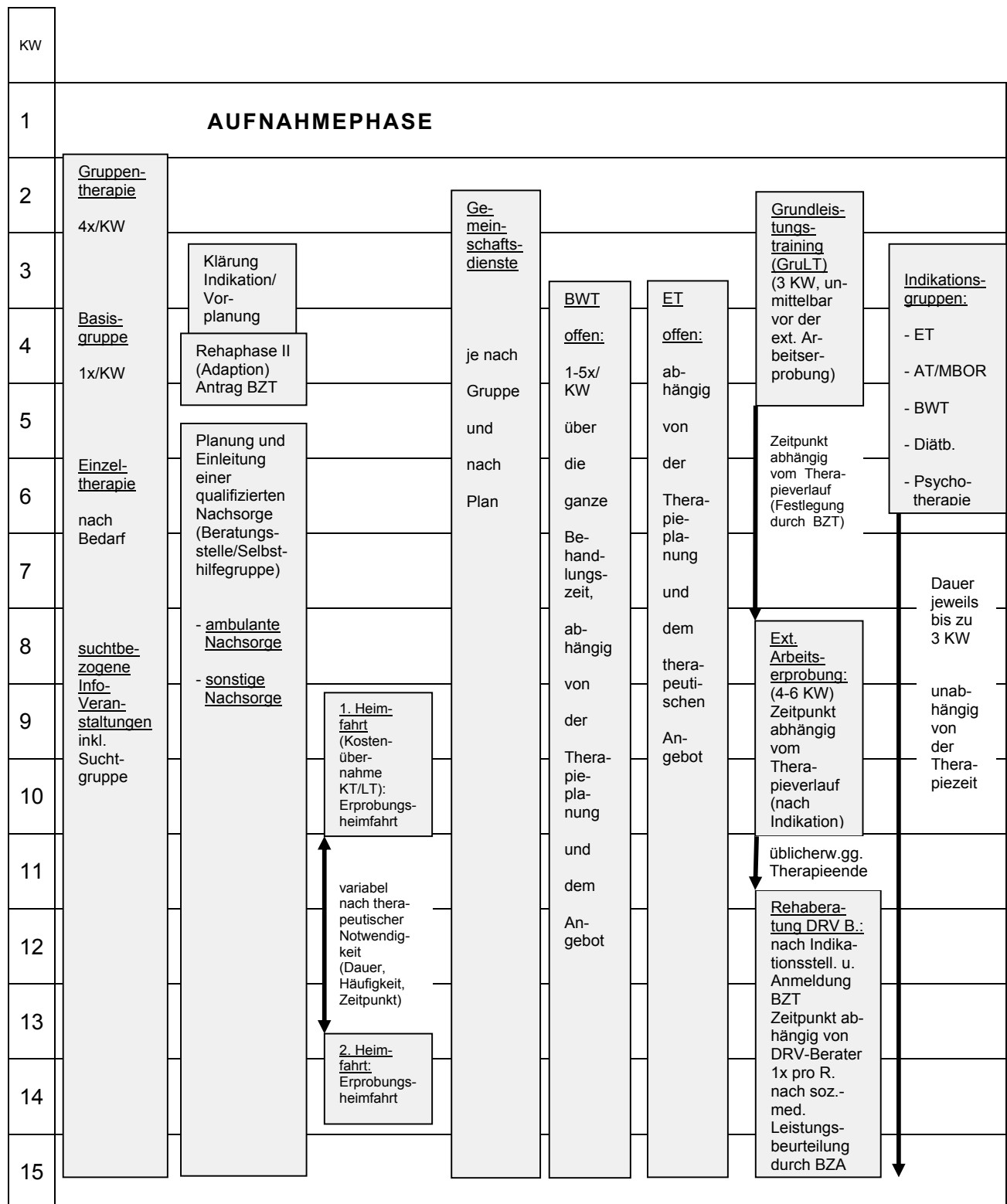
# II. DER REHABILITATIONSPROZESS

## Therapieschema – Aufnahmephase

|                         |                                                                                                            |                                                       |                                                              |                                                         |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Anreisetag:<br>Mittwoch | Verwaltungsaufnahme                                                                                        | Pflegerische Aufnahme                                 | Psychotherapeutische Aufnahme                                | Ärztliche Aufnahme                                      |
| Donnerstag              | CA-Visite neue Patienten                                                                                   | Info über berufs-<br>bezogene Angebote                | Anamneseerhebung<br>Übergabe FB ST 045<br>„Therapieangebote“ | Einführungs-<br>veranstaltung Sozialdienst              |
| Freitag                 | Psychologische<br>Testdiagnostik                                                                           | Gruppentherapie                                       | allgemeine Therapie-<br>einführungsveranstaltung             |                                                         |
| Samstag                 | fortlaufend:                                                                                               | Suchtinformation durch den diensthabenden Therapeuten |                                                              |                                                         |
| Sonntag                 | 13.00 Uhr Informationsveranstaltung für Angehörige<br>15.00 Uhr ggf. Klinikrundgang für Angehörige mit DhT |                                                       |                                                              |                                                         |
| Montag                  | Gruppentherapie                                                                                            | Einführungsveranstaltung Ergotherapie                 |                                                              | Anmeldung<br>für Ergo-<br>und<br>Bewegungs-<br>therapie |
| Dienstag                | Gruppentherapie                                                                                            | Einzelgespräch/<br>Therapieplanung                    |                                                              |                                                         |
| Mittwoch                | Gruppentherapie<br>ohne Therapeut                                                                          | medizinische Info Suchterkrankung                     |                                                              |                                                         |
| Donnerstag              | Gruppentherapie                                                                                            | Suchtgruppe                                           |                                                              |                                                         |
| Freitag                 | Gruppentherapie                                                                                            | Suchtgruppe                                           |                                                              |                                                         |
| Samstag                 | fortlaufend:                                                                                               | Suchtinformation durch den diensthabenden Therapeuten |                                                              |                                                         |
| Sonntag                 | 13.00 Uhr Informationsveranstaltung für Angehörige<br>15.00 Uhr ggf. Klinikrundgang für Angehörige mit DhT |                                                       |                                                              |                                                         |

## Therapieschema – 15 Wochen Therapie

### Therapiewoche



## 11.1. Grundannahmen

Das Rehabilitationskonzept geht aus von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, das sich sowohl in der Erforschung von Abhängigkeitserkrankungen als auch in der Rehabilitationspraxis bewährt hat. Das (ICF) bio-psycho-soziale Krankheitsmodell wurde in den 50er Jahren u.a. in Chicago bei Alexander, später in Rochester bei G. Engel entwickelt und besagt zunächst im Kern, dass der einzelne Kranke mehr ist als der unpersönliche Träger einer Krankheit. Kranksein schließt immer auch das Erleben der Krankheit durch den Betroffenen mit ein. Diese Auffassung wurde dann Anfang der 60er Jahre in dem Beziehungsdreieck Droge – Person – Umfeld auf den Bereich der Abhängigkeitskrankheiten angewandt. Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet seit 1964 sieben verschiedene Stoffgruppen mit Abhängigkeitspotential. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell fand Eingang in die psychiatrischen Klassifikationssysteme der Weltgesundheitsorganisation seit 1977. Die frühere Sichtweise der Abhängigkeit und z.B. alkoholbedingter Folgeschäden als überwiegend körperliche Phänomene sind einer erweiterten Sichtweise sozialen Eingebettetseins und psychischer Voraussetzungen zur Abhängigkeitserkrankung und ihrer Komplikationen in einer dynamischen Betrachtungsweise gewichen. Dies bedeutet für uns als Therapeuten, dass wir versuchen den Patienten als jemanden zu sehen, der trotz manchen Scheiterns Versuche der Selbsttherapie unternommen hat, damit aus unterschiedlichen Gründen nicht weitergekommen ist, um ihm mit seelischen, sozialen, psychischen und körperlichen Angeboten zu helfen, in eine andere, möglicherweise für ihn bessere Form eines weiteren Selbstbehandlungsversuches zu gelangen. Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen sehen wir daher als einen vielschichtigen Prozess wechselseitiger Beziehungen mit dem Primat der "Hilfe zur Selbsthilfe", zur Stabilisierung und Verbesserung der eigenen Lebenssituation sowie der Schlussfolgerung aus dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell stabilerer sozialer Bezüge, verbesserter körperlicher, geistiger und seelischer Leistungsfähigkeit.

Eine der Grundhypothesen in der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen und der daraus abzuleitenden Behandlungsschritte erfahren wir im alltäglichen Umgang mit behandlungsbedürftigen Patienten, Angehörigen und Menschen aus ihrem Umfeld. Rauschmittel führen zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung, wenn das Rauschmittel für die Person selbst die Notwendigkeit erfüllt, mit seiner Hilfe untragbare strukturelle Mängel in der Psyche, scheinbar unlösbare Konflikte, z.B. im Umgang mit den anderen, zeitweilig zu beheben und damit für den Betroffenen vorher unerträglich erscheinende Ängste, Depressionen oder Drucksituationen zu lindern. Dabei sind die Entstehungsbedingungen, die die Menschen in eine kritische Phase einer Abhängigkeit hineinbringen, nicht deckungsgleich mit den Faktoren, die eine Abhängigkeitserkrankung unterhalten oder etwa zu Rückfallsituationen führen. Alle diese genannten Wechselbeziehungen gilt es, sowohl individuell als auch im Zusammenhang in der Beziehung des jeweils Betroffenen zu seinem Lebenssystem in seiner Bezogenheit oder auch systemisch zu sehen.

## 11.2 Medizinische Behandlung

Die ärztliche Behandlung steht in der Tradition der naturwissenschaftlichen Medizin. Aufgabe der ärztlichen Mitarbeiter ist es, den Maximalerwartungen nach medizinischer Diagnostik und (insbesondere) medikamentöser Therapie auf der Grundlage von ärztlicher Kompetenz und Gelassenheit entgegenzutreten.

Das Verhalten des Arztes ist somit häufig den Erwartungen der Patienten entgegengesetzt.

Es ist nicht immer einfach, dem Patienten zu verdeutlichen, dass es zwar stets **ein Recht auf Hilfe** gibt, aber **kein Recht auf Wohlbefinden**.

In vielen Fällen lässt sich eine medikamentös vorbehandelte Hochdruckerkrankung durch Gewichts- und Nikotinreduktion bzw. Nikotinabstinenz, körperliche Belastung, angemessene Ernährung und Entspannungstechniken ohne medikamentöse Behandlung auf Normalwerte bringen.

Beschwerden des Bewegungsapparates sind durch Gymnastik, Entspannungsübungen, ggf. Warmwasserbad und balneologische Maßnahmen, verbunden mit Gewichtsreduktion, günstig zu beeinflussen; auch das bedeutet, häufig auf medikamentöse Behandlung verzichten zu können.

Selbstverständlich erfolgen diese Maßnahmen erst nach abgeschlossener medizinischer Diagnostik.

Bei Aufnahme wird eine ausführliche medizinische und berufliche Anamnese erhoben und eine Eingangsuntersuchung durchgeführt. Die psychiatrische, neurologische, internistische und allgemeinmedizinische Kompetenz der Ärzte ermöglicht ein breites Spektrum an Diagnostik: die apparative Ausstattung ermöglicht die Ableitung von EKG und Belastungs-EKG; sonographische Untersuchungen können hausintern durchgeführt werden; darüber hinaus notwendige konsiliarärztliche Untersuchungen werden in Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten durchgeführt. Begleit- und Folgeerkrankungen der Abhängigkeit (Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit) werden nach modernen standardisierten Methoden behandelt.

In den regelmäßigen Visiten erfolgt Aufklärung über die Begleit- und Folgeerkrankungen der Abhängigkeit sowie Anleitung zur Gesundheitserziehung. Ärztliche Vorträge ergänzen die medizinische Versorgung. Die weitere Betreuung erfolgt in Form von regelmäßig angebotenen Sprechstunden sowie verbindlichen Zwischen- und Abschlussuntersuchungen. Grundsätzlich werden Symptome und Beschwerden neben ihrem eigenständigen Charakter stets auch unter dem Gesichtspunkt der Lebensgeschichte und der aktuellen, ggf. krisenhaften Lebenssituation gesehen und verstanden. Eine wesentliche Aufgabe des ärztlichen und pflegerischen Personals ist es, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten und die Selbstverantwortung und Eigeninitiative zu fördern; dabei gilt der Grundsatz, dass vor Überforderung zu schützen und bei Unterforderung anzuspornen ist.

Das benachbarte Heilbad bietet physikalische, balneologische und krankengymnastische Behandlungsmöglichkeiten: Massage, medizinische Bäder und Teilbäder, Stangerbäder, Elektrotherapie, Wärmebestrahlung, Kneipp'sche Güsse und Blitzgüsse kommen dabei zur Anwendung. Wirbelsäulengymnastik bietet Patienten Möglichkeiten zur Linderung ihrer Beschwerden und Korrektur ihrer Haltungsschäden.

Sport- und Bewegungstherapie (einschließlich Schwimmen im Bewegungsbad) verbessern - unter konsequenter ärztlicher Überwachung - den Trainingszustand.

Ernährungsberatung gehört zum Standardprogramm für alle Rehabilitanden.

## **Raucherentwöhnung**

### **Wir bieten Raucher-Entwöhnungsbehandlung an:**

- ▶ Patienten, bei denen eine medizinische Indikation zur Nikotinabstinenz besteht (Herz-, Lungen-, Gefäßerkrankungen, wie z.B. Zustand nach Herzinfarkt)
- ▶ Patienten, deren Wunsch es ist, das Rauchen aufzugeben
- ▶ Durchführung des Tabakentwöhnungsprogramms „Rauchfrei nach Hause“

## **Procedere**

Der Ablauf folgt den Schritten: Informieren - Üben - Kontrollieren

## **Diabetikerschulung**

1. Vorgehen bei bekanntem Diabetes mellitus:  
Am Aufnahmetag Therapie weiterführen, d.h. Diät in BE festlegen.  
Am nächsten Tag Labor, Blutzucker-Tagesprofil und HbA1c. Weiterhin einmal wöchentlich Blutzucker-Tagesprofil.
2. Bei erhöhtem Nüchtern-Blutzucker am 2. Tag:  
Der Blutzucker wird nach der Einnahme des Frühstücks bestimmt; wenn er erhöht ist, erfolgt am selben oder am nächsten Tag ein Blutzuckertagesprofil; falls dieses pathologisch ausfällt, wird eine Diät festgelegt. Bei nicht eindeutig pathologischem pp-Blutzucker: Wiederholung dieser Untersuchung nach "Verordnung" eines ausgiebigen Frühstücks mit Brot, Butter, Marmelade etc. Zeitnah HbA1c-Bestimmung.
3. Wenn durch die Diät keine befriedigenden Werte erreicht werden können und zusätzlich noch ein Übergewicht vorliegt: Gewichtsreduktion; am ehesten durch Fettreduktion bzw. völliges Weglassen des Streichfetts. Zur Diät bekommen die Patienten eine Kohlenhydrat-Austausch-Tabelle bzw. die Übergewichtigen noch zusätzlich eine Kalorien-Tabelle.
4. Wenn die diätische Einstellung nicht gelingt, kommt eine medikamentöse orale Therapie in Betracht.
5. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem benachbarten Diabetes- und Gefäßzentrum des Rhön-Klinikum. Bei Schwierigkeiten in der Einstellung eines insulinabhängigen Diabetes oder auch eines nicht insulinabhängigen Diabetes erfolgt hier eine differenzierte konsiliarische Mitbehandlung.

## **Funktionelle Störungen**

Funktionelle Störungen sind im Rahmen der stationären Rehabilitation von Abhängigkranken häufig zu sehen. Aus der Kenntnis der Anamnese und des Aufnahmebefundes, aus den Erfahrungen aus Sprechstunden und Visiten gewinnt der behandelnde Arzt eine differentialdiagnostisch korrekte Einschätzung der Symptomatik. Funktionelle Störungen sind durch gezielte Informationen, allgemeine Gesundheitserziehung, unspezifische therapeutische Maßnahmen (regelmäßiger Schlaf, gesunde Ernährung) sowie durch Bewegungstherapie, körperliche Belastung, Entspannungsübungen (Autogenes Training) und nicht zuletzt durch eine Korrektur überzogener Erwartungen zu beeinflussen. Durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Gruppentherapeuten und Arzt werden sinnlose diagnostische Aktivitäten verhindert. Indizierte diagnostische Interventionen lassen sich dagegen frühestmöglich herausarbeiten.

### 11.3 Psychotherapeutische Behandlung

Psychotherapie ist eine Arbeit mit psychologischen Mitteln (auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Konzeptes) mit dem Ziel, Patienten zu helfen, beziehungs- und leistungsfähiger zu werden und die bisher praktizierten selbst- und fremdschädigenden Lösungswege verlassen zu können.

Dabei finden sich häufig Zusammenhänge zwischen der Abhängigkeitsentwicklung und der seelischen Struktur, die durch die Erfahrungen früherer Lebensphasen wesentlich bestimmt ist. Häufig erschüttert es Patienten, festzustellen, wie sehr sie jahrzehntelang durch Ereignisse aus ihrer Biographie geprägt und bestimmt wurden, ohne es zu ahnen. Frühkindliche Störungen führen zur Einschränkung in der Entwicklung von sogenannten Ich-Funktionen, das heisst der Fähigkeit, Triebe und Affekte sozial angemessen zu regulieren, sich vorzustellen, wie man auf andere wirkt, Kompromisse zu bilden, die nicht schaden.

Wegen der beschriebenen Defizite oder aufgrund mangelnder Übung sind Abhängigkranke oft nicht in der Lage, Konflikte in reifer Weise zu lösen; eigene Probleme werden "externalisiert", also an anderen Menschen ausgetragen und eben nicht in Auseinandersetzung mit sich selbst bewältigt ("die anderen, die Verhältnisse, sind schuld an meiner Abhängigkeit").

Auf der Grundlage dieser Voraussetzung sind die Elemente der Therapie zu sehen und zu verstehen: Großgruppen, Gruppen- und Einzeltherapien in Verbindung mit stützenden und klärenden Einzelgesprächen dienen dem Zweck, anhand der "szenischen Reinszenierung" der Konflikte zu verstehen, was ein Patient tut und auslöst, meist ohne es zu wollen; ein Verständnis davon macht ihn sozial kompetenter, leistungsfähiger und erfolgreicher, wenn er z.B. in der Lage ist, Kompromisse zu schließen, die ihm selbst und anderen nicht schaden.

Durch die Dichte der Begegnungen im Rahmen der stationären Behandlung werden differenzierte Wahrnehmungen von Affekten und Unlustspannungen ermöglicht.

Zugleich bietet das therapeutische Milieu die Chance zu nüchternen Konfliktlösungsmöglichkeiten, hilft, die selbstgeschaffene Realität wohlwollend zu überprüfen, die Ich-Funktionen zu verbessern und dadurch den Therapiezielen Verantwortungsfähigkeit sowie Beziehungs- und Leistungsfähigkeit näher zu kommen.

Die oft nur unzureichend ausgeprägte stabile und zugleich kritische Vorstellung von sich selbst und von anderen kann in der täglichen Arbeit durch "Realitätsprüfung" korrigiert und entwickelt werden.

Bestandteile der Psychotherapie sind

- ▶ Einzelgespräche/Einzeltherapie
- ▶ Gruppentherapie
- ▶ Großgruppen

Alle Konflikte, von den intimen bis zu den sozialen, können in diesem Rahmen besprochen, erlebt und bewältigt werden. Das Modell der "szenischen Reinszenierung", also die Erfahrung, dass konfliktvolle Seiten der eigenen Persönlichkeit ständig und immer wiederholt werden, gibt die Möglichkeit, bewusstes und vorbewusstes Wollen und Tun an sich selbst kennen zu lernen.

Der andere ist dabei stets Spiegel der eigenen Seele und Partner bei eigenem Handeln und eigener Entwicklung.

Dazu ist es erforderlich, einen angstarmen bzw. sogar angstfreien Dialog zu ermöglichen, in dem das eigene Erleben, das eigene Handeln und die gestalteten Beziehungen betrachtet werden können.

Die gesamte Behandlung vollzieht sich in einem **Therapieraum** (wie ausgeführt) in Verbindung mit dem sogenannten **Realitätsraum**, für den die Hausordnung steht, die die Regeln und insbesondere auch die Grenzen des Handelns festlegt.

Die Klinik arbeitet auf der Grundlage eines **psychodynamischen** (tiefenpsychologischen/psychoanalytischen) **Krankheitsverständnisses**. Unbewusste Prozesse, Übertragung und Gegenübertragung, Wiederholungszwang und nachfolgende szenische Reinszenierung bilden Grundlagen für das Verständnis der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen (neben biologischen, lerntheoretischen sowie systemischen Überlegungen).

**Der psychodynamische Ansatz** geht von der Vorstellung aus, dass die Symptome und Beschwerden des Patienten mit der allgemeinen Lebens- und Persönlichkeitsentwicklung in Zusammenhang stehen und diese Zusammenhänge ihm selbst nicht bzw. nur teilweise bewusst sind. Symptome, unter denen der Patient leidet, und das damit im Zusammenhang stehende Krankheitsverhalten erlebt er bewusst. Die Ursachen und Hintergründe seiner Erkrankung, d.h. die Konflikte, aus denen heraus die Erkrankung entsteht und die ihr Krankheitsverhalten steuern, bleiben oft dem Bewusstsein verborgen, sie sind unbewusst.

Hinter vielen Abhängigkeitserkrankungen steht ein unbewusstes Potential nicht gelebter emotionaler Fähigkeiten, dass sich als Trieb, Wunsch oder allgemein als Phantasie mit motivationalem Charakter beschreiben lässt.

Das Muster der nicht gelebten Emotionalität eines Abhängigkeitskranken ist in dessen Persönlichkeitsstruktur grundgelegt und lässt sich psychodynamisch entweder als Konflikt oder als Entwicklungsdefizit erfassen. Aus der Sicht der Praxis ist festzustellen, dass im konkreten Einzelfall eines bestimmten Patienten zumeist beide Aspekte vorliegen, nämlich sowohl Konflikte als auch Entwicklungsdefizite. So ist z.B. jeder neurotische Konflikt zwischen kindlichen Zuwendungswünschen einerseits und Autonomiebestrebungen andererseits auch als ein bestimmtes Entwicklungsdefizit, nämlich als noch nicht erreichte Unabhängigkeit auf der Ebene der Ich-Entwicklung, zu beschreiben.

Psychodynamische Therapie hilft dem Patienten, die Hintergründe seiner Abhängigkeitsentwicklung zu klären und versetzt ihn so in die Lage, sich schrittweise mehr Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu erarbeiten. Die bei dem Patienten eingeleitete Dynamik der Selbstklärung unter professioneller Hilfe wird mit dem Begriff des therapeutischen Prozesses erfasst. Unter konzeptuellem Verständnis hat sich folgende 3-Stufen-Gliederung des therapeutischen Prozesses im stationären Setting bewährt:

#### **Erste Stufe (Informationsmodul):**

Dies ist die Einstiegsphase in die Therapie. Der Patient kann sein Symptom oder Problem schildern, hat jedoch noch keinen Verständnis- oder Bedingungshintergrund hierfür zur Verfügung, der ihm Veränderungen ermöglichen könnte. Einfacher ausgedrückt: Der Patient weiß noch nicht, woher seine Krankheit kommt und kann deshalb auch noch nichts für seine Gesundheit tun. Er bekommt in dieser ersten Stufe des therapeutischen Prozesses die nötigen **Informationen** geliefert.

#### **Zweite Stufe (Veränderungsmodul):**

In dieser Phase entdeckt der Patient Zusammenhänge zwischen seiner Symptomatik und den dahinter stehenden Persönlichkeitsproblemen, wie z.B. seine Krankheit mit bisher nicht gelebten Emotionen in Zusammenhang steht. Dies ist die Stufe der Durcharbeitung im klassischen Sinne.

#### **Dritte Stufe (Umsetzungsmodul):**

Mit Hilfe der gewonnenen Erkenntnisse können nun Veränderungen von Einstellung, Motivation und Verhalten umgesetzt, erprobt und durch wiederholendes Üben gefestigt werden.

Das eingangs erwähnte Entwicklungsdefizit lässt sich auch in den Dimensionen der gestörten Ich-Funktionen beschreiben. Als Beispiele sind zu nennen:

- ▶ Affektwahrnehmung (Affektdifferenzierung) und Affektsteuerung
- ▶ Angsttoleranz (wirkt Angst überwältigend oder als Signal)
- ▶ Impulskontrolle (Aufschub von Trieb und Affekthandlungen)
- ▶ Frustrationstoleranz (Umgang mit Versagung und Enttäuschung)
- ▶ Antizipation (das vorausschauende Wahrnehmen von Handlungsfolgen)
- ▶ Realitätswahrnehmung (das Unterscheiden von innen und außen, der Selbstbilder und Objektbilder)
- ▶ Leistungskompetenz (Ausgewogenheit zwischen Fähigkeit und Erwartung)
- ▶ Gestaltung von Objektbeziehungen (Entwicklung vom Partialobjekt zum integrierten Totalobjekt)

Beeinträchtigungen im Bereich dieser Funktionen finden u.a. ihren Ausdruck in den Problemen der zwischenmenschlichen Beziehungen.

**Interaktioneller Ansatz** bedeutet, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, durch die Begegnungen und die sich entwickelnden Beziehungen zu anderen Gruppenmitgliedern bzw. Mitgliedern der therapeutischen Gemeinschaft, die Wirkung des eigenen Verhaltens zu erleben und sich der sich darin ausdrückenden Stärken wie auch der inneren Probleme und Konflikte bewusster zu werden. Hierdurch kann er zu einer besseren Einsicht in für ihn typische Beziehungsmuster gelangen und diese ggf. mit Hilfe der Therapeuten und der Gruppen- bzw. Gemeinschaftsteilnehmer verändern und bewältigen. Der intensive Austausch zwischen den Patienten im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft bietet für diese Herangehensweise eine wertvolle Grundbedingung.

**Systemische Ansätze** zielen darauf ab, Kommunikationsmuster innerhalb eines Gruppenprozesses deutlich zu machen. Die Methoden der Familienrekonstruktion und der Familienaufstellung ermöglichen es, beispielsweise Personen des jeweiligen Bezugssystems (Familie, Arbeitgeber und andere) einzubeziehen. Hierdurch wird das Beziehungsgefüge, in welchem der Patient lebt, verdeutlicht. Auf diese Weise wird ein Standortwechsel möglich. Der Mut zur angemessenen Konfliktbearbeitung wird unterstützt. Um symptomfördernde bzw. -stabilisierende Problemmuster zu unterbrechen, gilt es vom Patienten (häufig unbewusst) erlebte Ausnahmen im Sinne von praktizierter Lösung zu finden und diese Ausnahmen positiv zu konnotieren. Dies kann ein entscheidender Schritt im Therapieprozess sein, der einen Ausstieg aus sich selbst erhaltenden Problemkreisläufen ermöglicht.



**Lösungsorientiertes Vorgehen** beeinflusst gesundheitsbezogenes Alltagshandeln und ist hilfreich beim Ausprobieren wiederentdeckter ressourcenbezogener Verhaltensweisen innerhalb des Klinikgeschehens und bei externen Kontakten.

**Gesprächspsychotherapie** mit den Basisvariablen einführendes Verstehen, positive Wertschätzung, Echtheit und Selbstkongruenz sowie aktives Zuhören und Beobachten geht auf die kognitive, affektive und die Verhaltensebene ein. Ziel ist vorwiegend, durch Anleitung zur Selbstexploration das Selbstkonzept zu korrigieren bzw. zu erweitern, damit die subjektive Wirklichkeit wieder angemessen strukturiert werden kann. Darüber hinaus ist dieses Vorgehen hilfreich bei der Wahrnehmung und Beschreibung emotionaler Prozesse, der Aktivierung von Ressourcen und dem Herbeiführen von notwendigen Klärungen bezüglich der aktuellen Lebenssituation des Patienten.

Anteile aus der **Verhaltenstherapie** und der **kognitiven Therapie** wie Erweiterung der Selbstkompetenz, Training sozialer Fertigkeiten (Selbstsicherheitstraining) und übende Verfahren, die individuell auf den Patienten abgestimmt sind, sind notwendig. Hierzu gehören Rollenspiele in der Therapie, Übungen in der natürlichen Umgebung des Patienten sowie Lernen am Modell.

Das **differenzierungsanalytische Modell** (nach Peseschkian) liefert die Möglichkeit einer Integration der oben genannten Therapieansätze im Sinne einer **allgemeinen Psychotherapie** (Grawe).

So gesehen ist der therapeutische Prozess des Patienten im stationären Setting als stufenweise sich entfaltender Selbstklärungsprozess mit der wachsenden Möglichkeit zur Veränderung zu verstehen. Besonders zu betonen ist dabei unsere Zielsetzung, dass der Patient nicht auf einer erklärenden und verstehenden Position verharret, sondern zu realen Veränderungen und Erprobungen angeregt wird. Wir stellen dem Patienten nicht nur ein Erfahrungsfeld, sondern auch ein Erprobungsfeld zur Verfügung. Insofern ist das Prinzip der stationären therapeutischen Gemeinschaft in unserem Konzept verankert.

### 11.3.1 Diagnostik

Bei den nachfolgend aufgeführten Begriffen ist die Symptomatik ggf. aus entsprechenden Lehrbüchern bzw. der ICD 10 zu entnehmen. Zum Verständnis der psychischen Problematik eines Patienten gehören die ausführliche körperliche Untersuchung, eine ausführliche, ggf. tiefenpsychologisch fundierte Anamnese. Der Sozialbericht liegt in der Regel zur Orientierung vor. Fast immer sind fremdanamnestische Angaben zu erhalten. Der FPI-R als Standardtest wird zur Beurteilung ggf. mit herangezogen.

**Psychologische Testverfahren** werden (zum Teil EDV-gestützt) durchgeführt.

Folgende Verfahren kommen zum Einsatz:

- ▶ **Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B):** Zur Abschätzung des prämorbidem Intelligenzniveaus
- ▶ **Beck-Depressions-Inventar (BDI):** Zur Erfassung der subjektiven Schwere einer depressiven Symptomatik
- ▶ **Brief-Symptom-Inventory (BSI):** Zur Erfassung der Belastung durch psychosomatische Symptome in den vergangenen sieben Tagen – bei Aufnahme und Entlassung
- ▶ **Skala zur Einschätzung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA)**
- ▶ **Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI-R):** Ausprägung wichtiger Persönlichkeitsdimensionen

### 11.3.2 Einzelgespräche

Diese werden von den zuständigen Gruppentherapeuten geführt; sie dienen der Klärung und Lösung aktueller Konflikte, sofern diese sich (z.B. wegen massiver Widerstände gegen bestimmte Themen bzw. Behandlungsschritte, in aller Regel verbunden mit Angst, Ärger und Schamgefühlen) noch nicht im Rahmen der Gruppentherapie bearbeiten lassen.

### 11.3.3 Gruppentherapie

Der Gruppentherapie wird eine zentrale Bedeutung eingeräumt. Sie hat sich in der Suchtkrankentherapie bewährt. Hemmungen und Kritik an eigenen Schwächen werden durch positive Erfahrungen in der Gruppe korrigiert.

Das Erleben von der Universalität des Leidens, die Möglichkeit, voneinander zu lernen, korrigierende emotionale Erfahrungen in der Therapiegruppe zu machen, die Entwicklung von angemessenen Techniken des menschlichen Miteinanders fördern das Prinzip "Hoffnung", das später für die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe, ggf. für die Gruppenarbeit in der Beratungsstelle und auch im alltäglichen Leben von Bedeutung ist.

Eine wesentliche Bedeutung in der Therapie hat das Prinzip "Antwort". Der Therapeut übernimmt unterstützende Ich-Funktionen, wobei er durchaus konfrontierend hartnäckig und liebevoll Voraussetzungen bietet, eigene Defizite und Ressourcen zu erkennen und sich zu verändern.

Gerade durch die Verbesserung der Ich-Funktionen ist der Patient in der Lage, Konflikte in Zukunft besser zu ertragen und zu lösen.

Eine ausschließliche Beschränkung auf die Sprache als Interventionsinstrument halten wir nicht für ausreichend. Deshalb ergänzen wir die Gruppentherapie durch erlebnisaktivierende Methoden (Rollenspiel, Gestaltübungen, Gestaltungstherapie). Wir gehen davon aus, dass das "Üben" einen breiten Raum in der therapeutischen Arbeit hat. Die Nachreifung eines Menschen verläuft eigengesetzlich, Übung allein reicht nicht aus, dauerhafte Verbesserungen zu erzielen, da die Internalisierungsprozesse (also die Fähigkeit, Erfahrungen in sich aufzunehmen und daraus stabile Strukturen zu bilden), an wohlwollende mitmenschliche Begegnung gebunden sind.

### 11.3.4 Indikationsgruppen

Hier werden Problembereiche bearbeitet, die Informationen und kognitiven Umstrukturierungen zugänglich sind und Voraussetzungen für psychotherapeutische Arbeit schaffen bzw. sie ergänzen. Es gibt ein breites Spektrum an Themen, das zum Teil unter Einsatz von Medien (wie Filmen) bearbeitet wird; Indikationsgruppen s. Seite 18.

### 11.3.5 Arbeit mit Bezugspersonen

Abhängigkeit entsteht und entfaltet sich immer in einem sozialen Umfeld: in der Familie, am Arbeitsplatz, im Verein. Der Tatsache, dass Abhängigkeit eine Krankheit ist, die immer eine soziale Seite hat, tragen wir Rechnung. Angehörige bzw. Bezugspersonen werden in mindestens einem Angehörigenseminar in die Probleme und Behandlungsmöglichkeiten von Abhängigkeitskranken mit einbezogen.

Angehörigengespräche und 3-tägige Angehörigenseminare dienen der Einbeziehung nahe stehender Personen in den therapeutischen Prozess, da die Erfahrung zeigt, dass sowohl bei der Entstehung einer Suchterkrankung als auch im Verlauf des Suchtgeschehens Beziehungsstörungen in Familie und Partnerschaft eine zentrale Bedeutung zukommt.

### 11.3.6 Verständnis vom und Umgang mit dem Rückfall

Der Rückfall gehört zur Krankheit Abhängigkeit. Er löst körperliche, seelische und soziale Probleme unterschiedlichen Ausmaßes aus. Andererseits ist die Rückfallerfahrung auch Bestandteil der Abstinenzentwicklung.

Manche Patienten entscheiden sich auch während einer Behandlung, die getroffene Vereinbarung der Suchtmittelabstinenz nicht einzuhalten. Im stationären Setting ist dies eher selten, da die Klinik mehr Verantwortung und Kontrollfunktion übernimmt als beispielsweise ambulante Einrichtungen. Dennoch kann ein Rückfall Bestandteil der Neuorientierung sein und somit bei angemessener Bearbeitung der stabilen Veränderung und der Verbesserung der Realitätsprüfungsfunktion dienen. Die Notwendigkeit von tiefergehenden Veränderungen wird hierbei deutlich. Im zunächst sichtbar gewordenen Scheitern der Selbstkontrolle ist zumeist auch eine Botschaft über bisher ungelöste Konflikte enthalten. Auf diesem Hintergrund in Kombination mit der Unterscheidung verschiedener Rückfallvarianten lässt sich auch Aufschluss erhalten über die derzeitige Zielmotivation des betroffenen Patienten.

Einerseits geht es also darum, therapeutisches Verständnis zu entwickeln, andererseits aber müssen die Anforderungen des sozialen Kontextes im Klinikgeschehen beachtet werden.

Daher ist die Entscheidung über eine Weiterbehandlung bzw. eine vorzeitige Beendigung der Behandlung eingebunden in ein konzeptuelles Vorgehen, welches am Schaubild verdeutlicht werden soll.

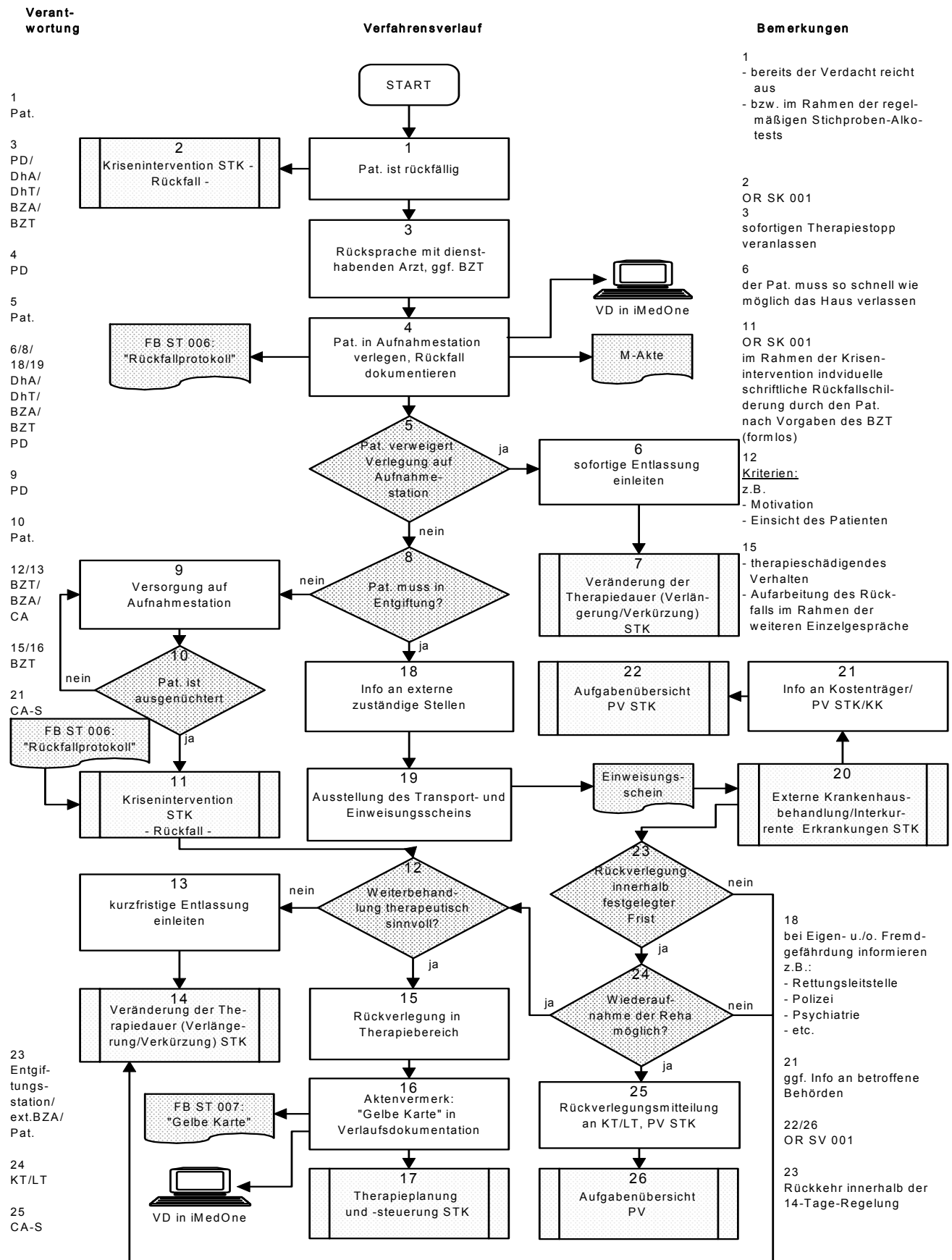
Ein spezifisches Rückfallpräventionstraining (modifiziert nach Körkel und Schindler) ist inhaltlich sowohl in die Basis-Gruppentherapie als auch in die Einzelgespräche integriert.

Die Zielsetzung der Rückfallbearbeitung innerhalb der stationären Entwöhnung ist in etwa wie folgt zu beschreiben:

- ▶ Der Patient soll lernen, den Rückfall als zugehörigen Bestandteil seiner eigenen Alkoholabhängigkeit zu erkennen und anzunehmen
- ▶ Er soll erkennen, dass der Rückfall häufig eine Folge von zunächst unwichtig erscheinenden Verhaltensweisen oder deren Unterlassung ist
- ▶ Er soll weiterhin erkennen, dass der Rückfall und seine Ursachen nicht allein an den äußeren Umständen festzumachen ist, sondern mit der eigenen Person zu tun hat
- ▶ Der Patient soll den Rückfall als eigenes aktives Handeln wahrnehmen und die Beeinflussbarkeit der eigenen Rückfälligkeit erkennen
- ▶ In Zusammenarbeit mit dem zuständigen Bezugstherapeuten sollen die erkannten Rückfallrisiken in vorbeugende Maßnahmen umgesetzt werden
- ▶ Es sollen klare Verhaltensweisen bei einem möglicherweise nochmals auftretenden Rückfall erarbeitet werden

# RÜCKFALLKONZEPT

## Vorgehensweise bei Rückfälligkeit



## 11.4 Angebote Ergotherapie

Ergotherapie in einer Entwöhnungseinrichtung hat das Anliegen, kommunikative und kreative Potentiale des Patienten, die zum Teil über einen längeren Zeitraum nicht genutzt wurden, (wieder) zu entdecken und zu fördern. Auf diesem Wege wird eine nachhaltige Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit sowie eine Stabilisierung des Selbstwerterlebens angestrebt.

### Interaktionelle Gruppen (Interaktionsgruppe, Freizeitkompetenz/Selbsthilfetraining)

#### **Schwerpunkte, die hier gesetzt werden / Fragen, die bearbeitet werden können:**

- ▶ Wie gehe ich mit anderen Menschen um?
- ▶ Warum reagiere ich in bestimmten Situationen immer gleich? (Lob, Kritik, Stress...)
- ▶ Welche Verhaltensmuster habe ich? Möchte ich diese so beibehalten oder möchte ich sie ändern?
- ▶ Wie verhalte ich mich in der Gruppe?
- ▶ Welchen Platz nehme ich in der Gruppe ein, bin ich damit zufrieden? (Wortführer, zurückhaltender Mitläufer, Opposition ...)
- ▶ Wie komme ich in einem Team zurecht? / Wie gehe ich mit Kritik um? (Annehmen von Kritik, Kritik äußern ohne dabei zu verletzen)
- ▶ Wie kann ich meine Bedürfnisse in der Gruppe vorbringen und durchsetzen?
- ▶ Wie gehe ich mit der Verantwortung für mich (und andere) um?
- ▶ Habe ich Möglichkeiten, Entscheidungen selbst zu treffen?

### Kompetenzzentrierte Gruppen (Funktionstraining, Kognitives Training, Selbsthilfetraining für Handlungskompetenz im Alltag)

#### **Sinnvolle Betätigungen in Bezug auf Freizeit und Beruf:**

- ▶ Wiederaufleben lassen alter Hobbys
- ▶ Entspannung und Ruhe finden
- ▶ Kreativität neu entdecken und ausleben
- ▶ Genießen der Erfolgserlebnisse
- ▶ Umgang mit Frustration
- ▶ Pünktlich sein
- ▶ Geduld haben
- ▶ Sich ausdauernd konzentrieren

### Ausdruckszentrierte Gruppen (Gestaltungstherapie, Meditationsgruppe)

#### **Schwerpunkte, die hier gesetzt werden / Fragen, die bearbeitet werden können:**

- ▶ Wie geht es mir gerade?
- ▶ Wie sehe ich mich selbst? / Was macht mich aus?
- ▶ Wie sehen mich andere? / Wie wirke ich auf meine Mitmenschen? (Familie, Freunde, Kollegen...)
- ▶ Wie würde ich gerne sein?
- ▶ Wie gehe ich mit meinen Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen um?
- ▶ Welche Möglichkeiten gibt es für mich, meine Gefühle und Stimmungen auszudrücken?
- ▶ Wie bin ich zu dem Menschen geworden, der ich heute bin, was hat mich geprägt?
- ▶ Was brauche ich, um Ruhe und Entspannung zu finden?

## 11.5 Angebote Bewegungstherapie

Das Wiederherstellen körperlicher Leistungsfähigkeit und die Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens sind wichtige Ziele in der Behandlung.

Für viele Patienten sind korrigierende Körpererfahrungen und reflektiertes Körpererleben von großer Bedeutung. Hier kommen Elemente der Körperwahrnehmung und der konzentrativen Bewegungstherapie zur Anwendung. Sie zielen darauf, den eigenen Körper zu akzeptieren und Freude am Erleben des eigenen Körpers zu entwickeln; emotionale Blockaden können in dieser nichtsprachlichen Therapieform wahrgenommen und bewältigt werden.

Im Rahmen bewegungstherapeutischer Gruppenarbeit ergänzen und vertiefen Übungen, die dem Training sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten dienen, die Psychotherapie.

## **Wesentliche Inhalte/Ziele der offenen Gruppen**

### **Wassergewöhnung und –bewältigung/ Anfänger- und Angstschwimmen**

- ▶ Erlernen des Brust- oder Rückenschwimmens
- ▶ Beseitigung von Wasser- und/oder Tiefenangst bzw. anderer Probleme mit dem Wasser

### **Therapeutisches Rückenschwimmen**

- ▶ Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- ▶ Herz-Kreislauf-Training unter Entlastung der Wirbelsäule
- ▶ Eigene Grenzen erkennen und akzeptieren
- ▶ Optimierung der Technik
- ▶ Förderung von Sozialkompetenz

### **Wassergymnastik**

- ▶ Kräftigung der gesamten Muskulatur unter Entlastung der Gelenke
- ▶ Verbesserung von Beweglichkeit, Gleichgewicht und Orientierung im Wasser

### **Fitnesstraining**

- ▶ Gezielter Ausgleich muskulärer Funktionsdefizite
- ▶ Erkennen der richtigen Körperhaltung beim Training
- ▶ Freizeitmöglichkeiten erkennen
- ▶ Gewichtsreduktion und Herz-Kreislauf-Training
- ▶ Wahrnehmen und Bewerten von Körpersignalen
- ▶ Erkennen der eigenen Leistungsfähigkeit
- ▶ Leistungsgrenze beachten und akzeptieren

### **Terraintraining**

- ▶ Erlernen der Technik des Nordic Walking
- ▶ Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- ▶ Freizeitmöglichkeiten erkennen
- ▶ Wahrnehmen und Bewerten von Körpersignalen

### **Ergometertraining**

- ▶ Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- ▶ Herz-Kreislauf-Training, Gewichtsreduktion
- ▶ Körpersignale wahrnehmen und erkennen
- ▶ Eigene Grenzen erkennen und akzeptieren

### **Gruppendynamische Spiele/Leichte gruppenspezifische Spiele**

- ▶ Spaß und Freude mit Ballspielen
- ▶ leistungsangepasste Verbesserung der körperlichen Belastungsfähigkeit und Technik
- ▶ Verbesserung des Durchsetzungsvermögens
- ▶ Interaktion fördern

### **Kneippgüsse**

- ▶ Verbesserung der Durchblutung, Gefäßmotorik, des Gesamtkreislaufs, Blutdruckoptimierung u. Abhärtung

### **Hockergymnastik**

- ▶ Erkennen und akzeptieren einer angemessenen Belastungsintensität
- ▶ Verbesserung von Beweglichkeit, Koordination, Grob- und Feinmotorik, Kraft sowie kognitiver Fähigkeiten
- ▶ Kommunikation fördern

### ***Polyneuropathiegruppe***

- ▶ Erkennen eigener Defizite
- ▶ Verbesserung von Sensorik, Motorik, Muskelkraft und Gleichgewicht der unteren Extremitäten
- ▶ Gangschule
- ▶ Erlernen v. Übungen zur selbstständigen Ausführung

### **Wesentliche Inhalte/Ziele der geschlossenen Gruppen (Kursdauer 3 Wochen)**

#### ***Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson***

- ▶ Erlernen eines Entspannungsverfahrens zur Stressbewältigung
- ▶ Verbesserung der Muskeldurchblutung und der Körperwahrnehmung
- ▶ Verringerung von Ein- und Durchschlafstörungen

#### ***Autogenes Training***

- ▶ Erlernen einer konzentrativen Selbstentspannungsmethode
- ▶ Entspannung von Körper und Geist
- ▶ Verbesserung der Körperwahrnehmung
- ▶ Verbesserung der Konzentration
- ▶ Linderung von Ein- und Durchschlafstörungen

#### ***Wirbelsäulengymnastik***

- ▶ Erlernen von Übungen zum Ausgleich von Muskeldysbalancen und zur Optimierung der Körperhaltung
- ▶ Sensibilisierung für den eigenen Körper und die Belastbarkeit
- ▶ Verbesserung der Beweglichkeit, Vermittlung von Übungen zur Selbsthilfe

#### ***Rückenschule***

- ▶ Vermittlung anatomischer Kenntnisse
- ▶ Erarbeitung der aufrechten Körperhaltung
- ▶ Erlernen rückenfreundlicher Verhaltensmöglichkeiten im Alltag

#### ***Bogenschießen***

- ▶ Förderung der Konzentration
- ▶ Ziele setzen - anstreben - erreichen
- ▶ Eigenen Standpunkt finden/halten
- ▶ Körperhaltung optimieren
- ▶ Körperspannung aufbauen und loslassen

## 12. ARBEITSBEZOGENE MEDIZINISCHE REHABILITATION

In der Saaletalklinik Bad Neustadt liegt ein besonderer Schwerpunkt der Behandlung auf der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation.

Sie ist wichtig für solche Patienten, die durch die Krankheit Abhängigkeit ihre Fähigkeit eingebüßt haben, berufliche Arbeitsleistung zu erbringen. Hier ist im Wesentlichen zwischen zwei Patientengruppen zu unterscheiden:

Für die einen geht es darum, nach einer längeren erkrankungsbedingten Pause sich wieder den aktuellen Belastungen einer Berufstätigkeit zu stellen. Für diese Patienten steht eine Maßnahme der externen beruflichen Belastungserprobung zur Verfügung. Eine andere Patientengruppe hatte bei Beginn der Abhängigkeitserkrankung noch keine längere berufliche Sozialisation erlebt. Die berufliche Biographie setzt sich zusammen aus kürzeren Abschnitten von Gelegenheitsjobs und langen Abschnitten von Arbeitslosigkeit.

### **Bewerbertraining**

#### **Indikation**

Der Schwerpunkt dieser Gruppe bezieht sich auf die Erstellung einer individuellen und aktuellen Bewerbungsmappe

#### **Inhalt**

- ▶ Herausarbeitung und Festhalten beruflicher Stärken und Ressourcen
- ▶ Handhabung mit Internetseiten und Stellenportalen im Internet
- ▶ Erstellen einer individuellen Bewerbungsmappe mit Anschreiben, Lebenslauf und Deckblatt
- ▶ aktuelle Informationen zum Thema Bewerbung
- ▶ Vorbereitung auf ein Vorstellungsgespräch mit theoretischem und praktischen Teil

#### **Zielsetzung**

Erstellen einer individuellen, aktuellen Bewerbungsmappe sowie Vorbereitung auf ein Vorstellungsgespräch

#### **Dauer**

3 Wochen, 2 x 90 min. wöchentlich

### **Interaktionsgruppe**

#### **Indikation**

Die Gruppe gibt Ihnen die Möglichkeit, Ihre Konflikte am Arbeitsplatz mit Hilfe der Balint-Methode anzuschauen und Lösungswege zu entwickeln.

#### **Inhalt und Zielsetzung**

- ▶ Kommunikationsmodell von Schulz von Thun
- ▶ Fallbesprechungen
- ▶ Wahrnehmungsübungen

#### **Dauer**

3 Wochen, 2 x 90 min. wöchentlich

### **Arbeitsplatztraining**

#### **Indikation**

- ▶ Erkrankungen und Funktionsdefizite des Bewegungsapparates
- ▶ Haltungsschäden
- ▶ Schmerzsymptomatiken
- ▶ Prävention vor Haltungsschäden

#### **Inhalt und Zielsetzung**

Ziel dieser Maßnahme ist eine Reduzierung von Belastungen des Bewegungsapparates durch eine gesunde Körperhaltung am Arbeitsplatz. Es werden Hilfsmittel (höhenverstellbarer Schreibtisch und ergonomischer Bürostuhl, ergonomische Tastatur und PC-Maus) vorgestellt und erprobt und alternative Arbeitshaltungen sowie mögliche Entspannungs- und Dehnübungen am Arbeitsplatz aufgezeigt.

#### **Dauer**

2 Wochen, 2 x 60 min. wöchentlich



## **Reha-Beratung**

### **Indikation**

Dem Reha-Berater sollten Sie vorgestellt werden, wenn

- ▶ Sie aufgrund Ihrer physischen oder psychischen Einschränkungen nicht mehr Ihrer letzten Berufstätigkeit nachgehen können
- ▶ bereits ein Reha-Verfahren läuft

### **Inhalt und Zielsetzung**

Im gemeinsamen Gespräch werden Möglichkeiten und Lösungswege für die berufliche Wiedereingliederung aufgezeigt und gegebenenfalls von hier aus Maßnahmen eingeleitet.

### **Termine**

nach Vereinbarung

## **Cogpack**

### **Inhalt und Indikation**

Computergestütztes Hirnleistungstraining in der Gruppe mit verschiedenen Schwierigkeitsstufen zur Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit bzw. Grundarbeitsfähigkeiten

- ▶ Aufmerksamkeit und Konzentration
- ▶ Gedächtnis
- ▶ Logisches Denken
- ▶ Reaktionsfähigkeit

### **Zielsetzung**

- ▶ Überprüfung und Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- ▶ Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung
- ▶ Vorbereitung auf die MPU

### **Dauer**

6 - 8 Einheiten à 60 min, 1–2 x wöchentlich

## **Berufliche Belastungserprobung**

### **Indikation**

Die einzeltherapeutische Maßnahme ermöglicht den Rehabilitanden eine individuelle, möglichst realistische Belastungserprobung (Praktikum). Die Maßnahme findet nach Rücksprache mit dem zuständigen Bezugstherapeuten und dem zuständigen Ergotherapeuten, Fachbereich Arbeitstherapie, statt.

### **Inhalt**

- ▶ Herausarbeiten einer realistischen beruflichen Zielsetzung (Anforderungsprofil)
- ▶ Vorstellungsgespräch an der Praktikumsstelle ggf. Vorbereitung auf Vorstellungsgespräche
- ▶ Durchführung der Belastungserprobung (Praktikum)
- ▶ Austesten der benötigten und vorhandenen Grundarbeitsfähigkeiten
- ▶ abschließende Besprechung der beruflichen Belastungserprobung (Auswertungsgespräch mit dem Anleiter)

### **Zielsetzung**

Erproben der Arbeitsfähigkeiten in einem realistischen, beruflichen Umfeld

### **Dauer**

3 Wochen, Arbeitszeit individuell, meistens 4 Std. täglich am Nachmittag

## **MBOR-Gruppe**

### **Indikation**

Schwerpunkt der Gruppe ist die Auseinandersetzung mit der aktuellen beruflichen Situation und das Entwickeln neuer beruflicher Ziele. Im Mittelpunkt des Gruppenprozesses stehen berufliche Stärken, Ressourcen und Interessen.

### **Inhalt und Zielsetzung**

- ▶ Förderung der Motivation zur Auseinandersetzung mit der individuellen Berufs- und Arbeitssituation
- ▶ berufliche Zielorientierung sowie Formulierung konkreter arbeits- und berufsbezogener Ziele
- ▶ Feststellen und Benennen von beruflichen Qualifikationen und Soft Skills
- ▶ Erkennen von möglichen Hindernissen bei der Erreichung des angestrebten Zieles
- ▶ Informationen zum Thema „berufliche Orientierung“

### **Dauer**

3 Wochen, je 2 Einheiten

## **13. SOZIALE BETREUUNG**

Die Krankheit Abhängigkeit kann schwere soziale Schäden setzen; daher hat die Sozialarbeit eine erhebliche Bedeutung für die gesamte Therapie: ihre Anstrengungen zielen darauf, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, damit die Patienten nach der Entlassung optimal vorbereitet in das Berufs- und Alltagsleben zurückkehren können.

Die Sozialarbeit hilft insbesondere bei

- ▶ der Klärung finanzieller Schwierigkeiten
- ▶ der Wohnungssuche
- ▶ Problemen im Rahmen der Rückkehr in das Erwerbsleben

### **Grundsätzliche Bemerkungen**

#### **zu den durch Abhängigkeit ausgelösten sozialen Problemen**

Bei der Lösung seiner durch die Krankheit mitverursachten sozialen Probleme hat der Patient Anspruch auf Hilfe. Wir definieren diesen Anspruch auf Hilfe enger insofern, als wir grundsätzlich davon ausgehen, dass der Patient Anspruch auf Hilfe zur Selbsthilfe hat.

Es ist im Rahmen der stationären Rehabilitation darauf zu achten, dass nicht ein "Versorgungspaket" an einen Fachmann geht und der Patient dabei die Beziehung zu seiner Verantwortlichkeit verliert.

Die Gefahr einer solchen Verführung ist nicht gering. Sie würde ein wesentliches Rehabilitationsziel, nämlich soweit als möglich selbständig zu werden, gefährden.

### **Arbeitslosigkeit**

Stationäre Rehabilitation bleibt unvollständig, sofern Patienten in ungesicherte Verhältnisse zurückkehren.

Ein sicherer Arbeitsplatz, befriedigende Arbeitsverhältnisse und günstige berufliche Perspektiven sind positive Prädiktoren für Abstinenz und tragen auch zur inneren Stabilisierung des Patienten bei.

Bei der derzeit hohen Erwerbslosenquote bedarf es eines besonderen Einsatzes, um die Rückkehr in das Erwerbsleben zu bewirken. Ein positives Ergebnis ist entscheidend abhängig von dem Engagement der Patienten und davon, wie es der behandelnden Institution gelingt, vorhandene Ressourcen zu aktivieren.

Wir verstehen auftragsgemäß die Rehabilitation als eine korrigierende Arbeit an

- ▶ der inneren Realität des Patienten (durch Psychotherapie)
- ▶ den somatischen Störungen (durch medizinische Behandlung und Betreuung) und
- ▶ den äußeren Realitäten

Zu dieser äußeren Realität gehört entscheidend die Frage der Arbeitsplatzsituation.

Daher werden in der Saaletalklinik Bad Neustadt

- ▶ eine Berufsanamnese bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme erhoben
- ▶ subjektive und objektive Ursachen der Arbeitslosigkeit geklärt
- ▶ Ziele und Wünsche des Patienten erarbeitet unter Einbeziehung
  - der Sozialarbeiter
  - der Berater der örtlichen Arbeitsagentur
  - der Berater der zuständigen Rentenversicherungsträger

Die Klinik nutzt dabei auch die Möglichkeiten der datentechnischen Vernetzung; so sind Abklärung der beruflichen Perspektive und Information über Förderungsmöglichkeiten zum Zeitpunkt der Entlassung gewährleistet (z.B. Einleiten beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen während der Behandlung).

Ein Besuch der Arbeitsagentur im Rahmen der Belastungsheimfahrt ist obligater Bestandteil der Maßnahme.

Ein mehrwöchiges Praktikum in einem geeigneten Betrieb (der mit der Klinik zusammenarbeitet und von dieser ausgewählt wird) verbessert die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rückkehr in die Arbeitswelt und ist auch in solchen Fällen hilfreich, wo nach stationärer klinischer Behandlung eine Adaptionenmaßnahme noch erforderlich ist.

Für langfristig erwerbslose Patienten steht der Kurs "Grundleistungstraining" zur Verfügung, der in die stationäre Therapie integriert ist.

### **Forensische Probleme**

Abhängigkeit führt nicht selten zu straf-, zivil- und arbeitsrechtlichen Problemen. Im geschützten Milieu einer Fachklinik ist es dem Patienten möglich, sich diesen Belastungen zu stellen und sie ggf. unter der Mithilfe der Behörden bzw. eines Rechtsanwaltes zu klären. Häufig ist Alkoholabhängigkeit mit dem Verlust des Führerscheins verbunden. Nach erfolgreich abgeschlossener Rehabilitationsmaßnahme kann eine ärztliche Bescheinigung gemäß den Maßgaben des Gutachtens "Krankheit und Kraftverkehr" ein erster Schritt sein, die Fahrerlaubnis wiederzuerlangen.

Regelmäßig in monatlichen Abständen findet Information und Beratung zum Wiedererwerb der Fahrerlaubnis statt.

### **Schulden**

Schulden bilden erhebliche Hürden für eine Rückkehr in ein normales Leben. Sie können Ausdruck einer Spielsucht sein, aber auch das ungewollte Ergebnis der Abhängigkeitsentwicklung.

Zum Zeitpunkt der regulären Entlassung ist die Schuldenhöhe des Patienten geklärt, ebenso Möglichkeiten ihrer Regulierung.

### **Wohnungslosigkeit**

Der Verlust der Wohnung ist nicht selten Motiv, sich einer stationären Behandlung zu stellen. Zum Zeitpunkt der regulären Entlassung ist eine Wohnmöglichkeit sichergestellt; eine Entlassung "auf die Straße" ist nicht erforderlich.

Weitere Indikationen für Vermittlung in Nachsorge- bzw. Übergangseinrichtungen ergeben sich, wenn die Patienten sich nicht ausreichend verselbständigen konnten und deshalb bei ihren sozialpraktischen Problemen der Hilfe bedürfen, wie z.B. beim "Abnabeln" aus dem Elternhaus.

## 14. ÜBERGANG IN EINE ADAPTIONSMASSNAHME

Für sozial unzureichend integrierte Patienten steht nach der stationären Entwöhnungsbehandlung die Möglichkeit einer Adaptionphase in unserer Adaptionseinrichtung "Haus Maria Stern" zur Verfügung. Die Adaptionphase ist indiziert für Patienten, die

- ▶ keinen Arbeits- oder Ausbildungsplatz haben
- ▶ kaum über suchtmittelfreie Ausbildungs-, Berufs- oder Arbeitserfahrung verfügen
- ▶ Unterstützung bei dem Erwerb von Handlungskompetenz in der beruflichen Orientierung und Integration benötigen
- ▶ keine Wohnung haben und/oder ernsthaft einen Wohnortwechsel beabsichtigen
- ▶ die psychotherapeutische und medizinische Rehabilitation (Behandlungsphase I) abgeschlossen haben.

Geplant ist eine durchschnittlich 3-monatige Adaptionphase im Anschluss an die reguläre Behandlungsphase I. Wir legen Wert auf eine intensive ergotherapeutische Vorbereitung der Adaption. Zielsetzung ist sowohl eine möglichst zeitnahe Reintegration ins Erwerbsleben als auch der Erwerb lebenspraktischer Fertigkeiten.

## 15. DIE BEZIEHUNG ZU SELBSTHILFEGRUPPEN

Wir messen den Selbsthilfegruppen sowohl bei der Vorbereitung zur stationären Behandlung als auch für den Erhalt einer zufriedenen Abstinenz große Bedeutung bei. Daher bemühen wir uns um eine konsequente Zusammenarbeit.

Erfahrungsgemäß hat in der Vorbereitungsphase zur stationären Rehabilitation der Selbsthilfegruppenbesuch einen hohen Wert, wenn er über längere Zeit durchgeführt wird und zu einer stabilen Anbindung führt.

Das Prinzip Hoffnung, der Austausch unter ähnlich Betroffenen, die Verminderung von Angst bei der Auseinandersetzung mit inneren Problemen und äußeren Schwierigkeiten verbessern die Erfolgsaussichten.

Auch während der stationären Behandlung haben die Patienten Gelegenheit, Selbsthilfegruppen in der Klinik kennen zu lernen; wöchentlich bieten verschiedene Selbsthilfegruppen Treffen an; die Teilnahme ist freiwillig.

In der Saaletalklinik finden regelmäßige Gruppentreffen der Anonymen Alkoholiker, des Kreuzbundes, des Freundeskreises Fulda sowie der Freien Selbsthilfegruppe Schweinfurt statt.

Sofern vor der stationären Aufnahme keine Selbsthilfegruppenkontakte bestanden haben, wirken wir darauf hin, diese in den Belastungsheimfahrten aufzunehmen. Ggf. können Adressen in der Klinik vermittelt werden.

Zum Zeitpunkt der regulären Entlassung haben die meisten Patienten neben der Beratungsstellen- auch eine Selbsthilfegruppenanbindung eingeleitet.

## 16. SINNFRAGEN UND THERAPIE

Chronische Erkrankungen erschüttern den Lebenslauf eines Menschen. Sie werfen die Frage nach dem Warum ebenso auf wie die nach dem Sinn des Lebens unter den Einschränkungen einer chronischen Erkrankung.

Wir sind bereit, uns auf existentielle Themen auch einzulassen vor dem Hintergrund unterschiedlicher persönlicher Lebensgeschichten, unterschiedlicher Einstellungen zu zentralen Lebensthemen und unterschiedlicher konfessioneller Gebundenheit.

Gemeinsame Grundlage ist das Wissen, dass Therapie immer über das Hier und Jetzt hinausreicht.

In Zusammenarbeit mit der ökumenischen Klinikseelsorge im Rhön-Klinikum wird Raum geschaffen, sich mit Sinnfragen konstruktiv auseinanderzusetzen.

# 17. ABHÄNGIGKEIT UND ...

## 17.1 Aggression

Aggression wird definiert als ein Verhalten, welches verletzen und zerstören kann: den Körper, die Seele und den materiellen Besitz.

Formen der Aggression werden wie jedes andere Verhalten gelernt durch Beobachtung im Alltag, Erfahrung und Nachahmung.

Familie und Massenmedien haben ebenfalls einen wesentlichen prägenden Anteil. Die erlernten Beziehungsmuster bestimmen den Umgang mit unangenehmen Emotionen, wie z.B. Wut oder Ärger.

Wie ein Mensch mit einem seelischen Tief fertig wird, ist abhängig davon, ob er gelernt hat, mit Versagungen zurechtzukommen oder nicht. Mangelhafte Fähigkeit im Umgang mit Aggressionen kann zu Krankheiten führen, u.a. zur Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit.

Andererseits können Alkohol und Drogen eine latente Aggressionsbereitschaft situativ aktualisieren. Zu den übergeordneten Behandlungszielen gehört die Reduzierung aggressiver Impulse bzw. ein konstruktiver Umgang mit den Aggressionspotentialen.

### Therapieziele

- ▶ Verbesserung der Sensibilität in Bezug auf die Selbst- und Fremdwahrnehmung
- ▶ Zulassen von und Umgang mit Gefühlen, insbesondere Wut und Ärger, aber auch Schmerz und Trauer
- ▶ Vergrößerung der Auseinandersetzungs-, Durchsetzungs-, Konflikt- und Kritikfähigkeit
- ▶ Verbesserung des Realitätsbezugs, u.a. Klärung von Wohn-, Ausbildungs- und Berufssituation
- ▶ Bearbeitung der Ich-Funktionsdefizite: Impulssteuerung, Affektdifferenzierung, Realitätsprüfung, Objektprüfung, Frustrationstoleranz
- ▶ Zugang zum eigenen Körpererleben
- ▶ Finden sinnvoller Freizeitaktivitäten/Freizeitgestaltung

## 17.2 Angst

Bereits Horton (1943) sieht die Primärfunktion des Alkoholkonsums in allen Gesellschaften in einer Reduzierung des allgemeinen Angstpegels. Einem hohen gesellschaftlichen Angstpegel entspricht eine hohe Inzidenzrate von Sucht.

Eine hohe Koinzidenz zwischen Angst und Alkoholismus wird nachdrücklich in unserem stationären Alltag bestätigt.

Angst im Sinne einer Störung mit Krankheitscharakter wird in unserem Hause diagnostiziert und behandelt in ihrer

- a) psychotischen Form (medikamentöse Behandlung)
- b) als generalisierte Angststörung und
- c) als phobische Symptomatik mit bzw. ohne Panikstörung

Die Diagnostik erfolgt über das klinische Interview/Anamnese. Übergreifende Behandlungsziele sind Symptommfreiheit bzw. die Fähigkeit des Umgangs mit der Angst ohne den Einsatz von Suchtmitteln.

Die **Behandlungsziele** werden bei den generalisierten Angststörungen "frühgestörter" Patienten durch Stärkung und Nachreifung der Ich-Funktionen erreicht; eine wesentliche Rolle spielt dabei die Übernahme der Hilfs-Ich-Funktion des Therapeuten in der therapeutischen Beziehung.

Bei der phobisch organisierten Angstsymptomatik wird aufgrund des stabileren Funktionsniveaus des Ich die aktive Bearbeitung der Problematik in Einzel-/Gruppentherapie im Sinne der Expositionstechnik angewandt.

Sie beinhaltet die aktive Konfrontation mit dem ängstigenden Objekt oder der angstbesetzten Situation.

Unterstützend werden Entspannungstechniken wie Autogenes Training und progressive Muskelrelaxation nach Jacobson sowie selbsterfahrende und aufdeckende Techniken aus der Bewegungstherapie und der Gestaltungstherapie eingesetzt.

## 17.3 Berufliche Probleme

Suchtmittel werden von Berufstätigen eingesetzt, wenn andere Möglichkeiten zur Stressreduktion nicht zur Verfügung stehen.

Im Rahmen der Psychotherapie wird auf die innere Realität des Patienten und auf das innerseelische Erleben seiner Erfahrungen in der Berufswelt und die damit einhergehenden Probleme eingegangen.

Arbeitslosigkeit ist das zentrale Problem der beruflichen äußeren Realität; sie wird an anderer Stelle ausführlich erörtert. Eine ausführliche Berufsanamnese gibt Aufschlüsse über berufliche Probleme (z.B. häufiger Arbeitsplatzwechsel bzw. kurzfristige Arbeitsverhältnisse oder beruflicher Abstieg).

### Therapieziele

Ziel der Therapie ist es, den Patienten zu befähigen, berufliche Anforderungen und Belastungen in adäquater Form, d.h. ohne Suchtmiteleinsatz, zu bewältigen.

Dazu bedarf es gezielter intrapsychischer Veränderungen wie

- **Stärkung der Ich-Funktionen insbesondere**
  - ▶ Wahrnehmungsdifferenzierung (Innen-, Außenwelt)
  - ▶ Förderung einer angemessenen Beurteilung bzw. Antizipation der Wirkung eigenen Verhaltens (Attribuierung eigener Lebensereignisse und Erfolge/Misserfolge)
  - ▶ Förderung sozialer Bezogenheit
  - ▶ Förderung der Auseinandersetzungs-, Durchsetzungs-, Konflikt-, Kritikfähigkeit
  - ▶ Stärkung der Selbstkontrolle durch Impulssteuerung, Erhöhung der Frustrationstoleranz und Affektdifferenzierung
- **Verbesserung der Streßbewältigung durch:**
  - ▶ Erhöhung der Verarbeitungskompetenz belastender Situationen
  - ▶ Förderung der Problemlösefähigkeiten
  - ▶ Entlastungserfahrungen
- Förderung der Selbstsicherheit und (Lebens-) Zufriedenheit
- Steigerung der beruflichen/sozialen Kompetenz

**Ergänzend zu dem allgemeinen Therapieprogramm kommen folgende Therapiebausteine zum Einsatz**

- ▶ Rollenspiele zum beruflichen Alltag
- ▶ Bewerbungstraining
- ▶ Handwerkliche und kaufmännische Arbeitserprobung (Praktika)

## 17.4 Depression

### Vorbemerkung

Unter Depression bzw. depressiv wird von Patienten Unterschiedliches verstanden und beschrieben; Aufgabe der stationären Behandlung ist es, eine als Depression beschriebene Symptomatik zu klassifizieren, um sie angemessen behandeln zu können.

Bedeutsam ist dabei, ob der Patient Suchtmittel einsetzt, um seine Depression zu behandeln oder ob die Depression Ergebnis der Abhängigkeitsentwicklung ist. Grundsätzlich müssen wir unterscheiden zwischen depressiver Reaktion (z.B. nach einem Trauerfall) und einer depressiven Neurose bzw. Persönlichkeitsstörung sowie einer endogenen Depression. Je nach Diagnose sind unterschiedliche Behandlungsnotwendigkeiten gegeben.

Zur Diagnostik gehören sowohl Suchtanamnese und spezifische Exploration als auch Familienanamnese und fremdanamnestische Angaben einschließlich der Krankengeschichten von vorbehandelnden Ärzten.

### **Therapieziele**

- ▶ Depressionsfreiheit
- ▶ Stufenweiser Aufbau von Fähigkeiten, ohne Suchtmittelgebrauch mit der Depression umgehen zu können
- ▶ Rückfallprävention und Motivation zur Nachsorge durch Selbsthilfegruppen oder, falls indiziert, weitere therapeutische bzw. psychiatrische Betreuung

### **Therapiebausteine**

- ▶ Medikamentöse Behandlung bei endogener Depression, verbunden mit psychiatrischer Führung
- ▶ Einzeltherapie bei entsprechender Indikation, um die Arbeit in der Gruppe zu unterstützen
- ▶ Erlebnisaktivierende Verfahren (z.B. Psychodrama) bei neurotischer Depression
- ▶ Beschäftigungstherapie zur Entwicklung eines befriedigenden Freizeitverhaltens (z.B. Entwicklung eines Hobbys)
- ▶ Bewegungstherapie zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung

## **17.5 Essstörung**

Suchtmittelabhängigkeit und gestörtes Essverhalten treten häufig gemeinsam auf. Differentialdiagnostisch lassen sich drei Störungen unterscheiden.

- ▶ Over-eating (zwanghaftes Überessen mit Kontrollverlust)
- ▶ Bulimie (zwanghaftes Überessen mit anschließendem selbstinduziertem Erbrechen, ebenfalls mit Kontrollverlust)
- ▶ Anorexie (Magersucht)

Das gestörte Essverhalten kann in einer Biographie bereits vor der stoffgebundenen Abhängigkeitskrankheit aufgetreten sein und diese mitverursacht haben.

Möglich ist jedoch ein sogenanntes Umsteigen während der Therapie, wenn z.B. Süßigkeiten oder übliche Lebensmittel zur Kompensation unliebsamer Gefühle eingesetzt werden. Essstörungen sind hartnäckig, so dass die Widerstandsarbeit einen großen Teil der Therapie in Anspruch nimmt.

Diese Krankheitsbilder werden im Rahmen der Rehabilitation mitbehandelt, um den Erfolg zu sichern.

### **Therapieziele**

- ▶ Erarbeiten von Krankheitskenntnissen und Krankheitseinsicht
- ▶ Korrektur des Essverhaltens und Erlangen eines Abstinenzverhaltens im Sinne des Verzichts auf exzessives Essen, selbstinduziertes Erbrechen und exzessives Hungern
- ▶ Bearbeitung der Hintergründe des gestörten Essverhaltens
- ▶ Herstellen eines Zusammenhangs zwischen emotionalen Defiziten und/oder erlebten Traumata (z.B. sexuelle Missbrauchserfahrungen) und dem gestörten Essverhalten
- ▶ Aufbau sozialer Kompetenz
- ▶ Verbesserte Wahrnehmung von Ärger-, Wut- und Trauergefühlen sowie der angemessene Ausdruck dieser Gefühle
- ▶ Steigerung der Konfliktfähigkeit und Durchsetzungsfähigkeit

## 17.6 Familie

Abhängigkeit als Krankheit gibt es nicht allein und isoliert. Sie vollzieht sich stets in einer Gesellschaft, die sich zu dem Abhängigen verhält und ihr Verhältnis zu dem Abhängigen auch über das gesellschaftstypische Verhältnis zu dem Suchtmittel bestimmt.

Insofern kann die Entwicklung aus der Abhängigkeit immer nur verstanden werden im Zusammenspiel mit der näheren Umgebung, also überwiegend der Familie.

### Therapieziele

- ▶ Erhebung der Fremdanamnese, ggf. Auseinandersetzung mit Bagatellisierung und Realitätsleugnung
- ▶ Information über suchtspezifische Themen (Familienseminar, Teilnahme am Therapieprogramm, empfohlene Literatur: Suchtfibel)
- ▶ Information über Angehörigen-Selbsthilfegruppen und Motivierung zu deren Besuch
- ▶ Herausarbeiten von co-abhängigen Verhaltensweisen und deren Veränderung
- ▶ Klärung von Aktualkonflikten
- ▶ Verbesserung der Kommunikation
- ▶ Verständnis der Beziehungsmuster
- ▶ Integration der Veränderung des Patienten in das Familiensystem
- ▶ Ggf. Motivierung zu einer ambulanten Paar- oder Familientherapie oder einer Einzeltherapie

## 17.7 Frauen

Im Verlauf der Sozialisation verinnerlichen Mädchen die Rollenerwartung, die sie durch Eltern, Geschwister, Schule, Religion oder Medien bewusst oder unbewusst vermittelt bekommen haben.

Demnach gehören zu dem weiblichen Bild als Resultat dieser Beeinflussung Attribute wie z.B. passiv, schwach, sanft, harmonisierend, abhängig. Frauen definieren sich oft über andere, d.h. über Beziehungen. Sie übernehmen helfende und sorgende Rollen in Ehe, Partnerschaft, Familie und Beruf.

Dies führt dazu, dass unter Umständen Frauen Wünsche und Bedürfnisse der anderen wichtiger nehmen als die eigenen. Es fehlt ein angemessenes Verhältnis zwischen Geben und Nehmen. Frauen verharren oft still und unauffällig in Lebensumständen, die durch Gewalt, Missbrauch oder Ungerechtigkeit gekennzeichnet sind.

### Spezifische Merkmale

- ▶ Verinnerlichung des patriarchalischen Bildes von weiblicher Minderwertigkeit, Rollenunsicherheit und Konfliktunfähigkeit
- ▶ Ängste vor Autonomie und Unabhängigkeit; Schwierigkeiten, eigene Wünsche zu erkennen, zu äußern oder auf deren Erfüllung zu bestehen
- ▶ Formen der Überangepasstheit
- ▶ Unfähigkeit, sich abzugrenzen, nein zu sagen
- ▶ Ängste, nicht gut genug zu sein; Schuldgefühle bei berufstätigen Müttern gegenüber ihren Kindern
- ▶ Ängste und Schuldgefühle beim Ausbruch aus traditionellen Rollen gegenüber Eltern, Partnern, Kindern
- ▶ Beschädigung des weiblichen Selbstwertgefühls durch die erlittenen vielfältigen Formen von direkter Gewalt, sexueller Grenzverletzung und Unterdrückung
- ▶ Hilflosigkeit als erlernte Lebensstrategie



### **Therapieziele**

- ▶ Erstellen und Durcharbeiten eines eigenen Lebensentwurfes, um mehr Eigenständigkeit und Autonomie zu erlangen
- ▶ Überprüfung der Rolle als Frau, um die alten Wertvorstellungen zu relativieren und neue zu entdecken bzw. zu erarbeiten
- ▶ Vergrößerung der Kritik-, Konflikt- und Auseinandersetzungsfähigkeit
- ▶ Zulassen von und Umgang mit unterdrückten Gefühlen, insbesondere von Wut, Ärger und Zorn
- ▶ Auseinandersetzung mit der eigenen Körperlichkeit, Sexualität und der Frauenrolle
- ▶ Ansprechen, Verstehen und Durcharbeiten von sexuellen Verletzungen, Übergriffen und Gewaltanwendungen
- ▶ Übernahme von Verantwortung für sich und andere, um selbstsicherer zu werden, sich besser abgrenzen zu können sowie eigene Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen und einzufordern
- ▶ Auseinandersetzung mit gestörtem Essverhalten: Adipositas, Anorexie, Bulimie

## **17.8 Männer**

70 Prozent der Abhängigkranken sind Männer. So entstehen zwangsläufig Männergruppen, in denen Männerthemen besonders fokussiert werden: sie werden gemeinsam favorisiert oder abgewehrt.

Das Problem der Männergemeinschaft besteht darin, dass Kameradschaft zu Kameraderie und Kumpanei zu werden droht; Vorteile liegen darin, dass in gleichgeschlechtlicher Gesellschaft in einem angestammten Milieu das "coming out" leichter fällt und männliche Solidarität hilfreich sein kann, stabil abstinent zu bleiben.

Viele Abhängigkranke haben nie wirkliche Männerfreundschaften entwickeln können und genossen.

Die fast fehlende Auseinandersetzung mit dem Diktat des Patriarchats und der Vorstellung von Männlichkeit stellt eine wesentliche Wurzel in der Abhängigkeitsentwicklung unserer Patienten dar.

### **Diagnostik**

- ▶ Gezielte Einzelexploration
- ▶ FPI-R (Aggressionsskala)
- ▶ Paar- und/oder Familienexploration

### **Therapieziele**

- ▶ Erarbeiten von Krankheitseinsicht und dauerhafter Abstinenzmotivation von Suchtmitteln und von Gewalt
- ▶ Erarbeiten eines konstruktiven Streitverhaltens
- ▶ Stärken der inneren Kontrollinstanz bei drohenden Gewalttätigkeiten
- ▶ Stresswahrnehmung und Stressvermeidung (z.B. Erlernen von Autogenem Training, Verbesserung der Gefühlswahrnehmung)
- ▶ Erarbeiten von Verhaltensalternativen und Erhöhen der sozialen Kompetenz
- ▶ Aufarbeiten von Schuld- und Schamgefühlen
- ▶ Auseinandersetzung mit patriarchalischen Strukturen und dem überkommenen Selbstverständnis von Männlichkeit
- ▶ Rückfallprävention und Motivation zur Nachsorge durch themenspezifische Selbsthilfegruppen

### **Therapiebausteine**

- ▶ Erlebnisaktivierende und gefühlsdifferenzierende Verfahren (z.B. gestaltungstherapeutische Techniken, Psychodrama, Rollenspiel)
- ▶ Bewegungstherapie, z.B. Körpererfahrung und Vertrauensübungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung sowie der Geschlechtsrollendifferenzierung/Stabilisierung
- ▶ Paar- und/oder Familiengespräche

## 17.9 Mehrfachbehandlung

Rückfälle gehören zu dem Krankheitsverlauf, insofern sind auch Mehrfachbehandlungen "normal".

Wir sehen es als sinnvoll an, ehemalige Patienten im indizierten Fall erneut in unserem Hause zu behandeln. Die Kenntnis des Patienten hilft, seine Probleme auch in Kontinuität zu verstehen und, bei ausreichender Supervision, die verborgen gebliebenen Themen aus der letzten Therapie aufzuarbeiten.

Wenn wir Patienten auch mit mehreren Therapien in der Vorgeschichte nicht in einer Gruppe zusammenfassen, so hat das folgende Gründe und Folgen:

Wir gehen davon aus, dass Patienten, die bereits mehrere Behandlungen abgebrochen bzw. abgeschlossen haben, trotz dieser Gemeinsamkeit inhomogen sind.

- ▶ Darunter fallen Patienten, die trotz mehrerer Vorbehandlungen und jetzt stattgehabten Rückfalls nur kurze Zeit benötigen, um an die in den Vortherapien erworbenen Therapie-Fortschritte anzuknüpfen und ambulant ihre Rehabilitation fortzusetzen
- ▶ Patienten, die trotz Vorbehandlung(en) körperlich, sozial und auch intrapsychisch in einem schlechten Zustand sind
- ▶ Patienten, die schwerste Konflikte bzw. Traumen ihrer Lebensgeschichte beharrlich auch in den Vorbehandlungen verschwiegen haben (bzw. verschweigen mussten), so dass eine "reguläre" Behandlung der Probleme ihnen bisher nicht möglich gewesen ist. In solchen Fällen können, auch bei mehrfacher stationärer abgeschlossener Behandlung, längerfristige Behandlungsnotwendigkeiten entstehen

## 17.10 Psychose

Psychosen sind Erkrankungen die

- ▶ mit einer Abhängigkeit zusammen auftreten können
- ▶ bei einer konsequenten Behandlung eine überwiegend günstige Prognose haben.

Während rezidivierende Depressionen praktisch keine Chronifizierungsschäden setzen, treten diese bei Patienten mit paranoiden Psychosen in 1/3 bis 2/3 der Fälle auf. Konsequente Betreuung einschließlich der medikamentösen Behandlung kann verhindern, dass Patienten in die Erwerbsunfähigkeit abgleiten und wegen unzureichender Hilfsangebote nur als Randexistenzen leben.

Grundsätzlich muss Rehabilitationsfähigkeit der Patienten vorliegen. Kontraindikationen sind deshalb akute paranoide oder affektive Psychosen, die stationär psychiatrisch behandlungsbedürftig sind.

Im Einzelfall kann ein Vorstellungsgespräch in der Klinik helfen, die Frage der Behandlungsmöglichkeiten zu klären. Während der stationären Behandlung erfolgt neben einer ggf. notwendigen medikamentösen Behandlung eine psychiatrische Betreuung.

Es ist Aufgabe der therapeutischen Mitarbeiter, auf der einen Seite ausreichend zu fordern, auf der anderen Seite vor Überforderung zu schützen.

Die Hilfs-Ich-Funktionen des Therapeuten sind hier von zentraler Bedeutung, um bei Überforderung zu entlasten (insbesondere bei endogenen Depressionen) bzw. anzuspornen und zu motivieren (bei angstgetönten, paranoiden Psychosen). Eine Reihe von therapeutischen Techniken (z.B. Autogenes Training) sind nicht geeignet, das psychische Wohlergehen solcher Patienten zu stabilisieren.

Die Integration dieser Patienten in die Gruppe macht kompetenten und erfahrenen Mitarbeitern kaum Probleme.

Schwierigkeiten entstehen dann, wenn sich zeigt, dass die Schwere der Erkrankung eine Mitarbeit in der auf Rehabilitation ausgerichteten stationären Behandlung nicht möglich macht.

Es erfolgt dann eine intensiv vorbereitete Entlassung (Zusammenarbeit mit niedergelassenem Arzt/Psychiater, Beratungsstelle und Angehörigen) bzw. Verlegung in eine entsprechende Einrichtung.

Zum Zeitpunkt einer regulären Entlassung ist die psychiatrische Weiterversorgung dieser Patienten gewährleistet und (ggf.) die Notwendigkeit weiterer medikamentöser Behandlung geklärt. Von großer Bedeutung ist die Frage, ob die Selbsthilfegruppe des Patienten die medikamentöse Behandlung unterstützt oder ablehnt.

## 17.11 Sexuelle Gewalt

Die Suchtmittel werden eingesetzt, um die mit der sexuellen Gewalt verbundenen und als unerträglich erlebten Gefühle zu verdrängen und zu betäuben.

Als Suchtmittel dienen sowohl Alkohol, Medikamente, Drogen als auch Essen bzw. Hungern, bei einigen Patientinnen auch selbstverletzendes Verhalten.

Hat sich eine Abhängigkeit herausgebildet, so ist zunächst Abstinenz vom Suchtmittel herzustellen, um den Suchtkreislauf zu durchbrechen. Auf dieser Basis kann eine Bearbeitung der Hintergründe der Suchtentwicklung erfolgen.

Viele Patientinnen, bei denen sexuelle Gewalt eine entscheidende Rolle bei der Entstehung der Abhängigkeit gespielt hat, sprechen in der Klinik das erste Mal überhaupt darüber, vielen wird hier erstmals der Zusammenhang zwischen der Gewalterfahrung und der Abhängigkeit deutlich. Anfänglich bringt das Erleben der Schuld-, Angst-, Wut-, Ekel- und Ohnmachtsgefühle ohne Einsatz von Suchtmitteln Patientinnen oft an ihre Grenzen, und die immer wieder auftauchenden Bilder von sexueller Gewalt machen erhebliche Angst. In dieser Phase benötigen Patientinnen den Schutz des stationären Rahmens. Notwendigkeiten zur Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme können sich ergeben.

Sollte sich die Aufarbeitung der erlebten sexuellen Gewalt als notwendig und möglich herausstellen, so benötigen die Patientinnen meist eine längere nachstationäre therapeutische Begleitung, die während der Rehabilitation vorbereitet wird.

### Therapieziele

- ▶ Offenlegung der sexuellen Gewalterfahrung und Annahme der Realität
- ▶ Herstellung eines Zusammenhangs zwischen der erfahrenen sexuellen Gewalt und den von dem/der Betroffenen aktuell erlebten Leiden und Einschränkungen
- ▶ Besseres Verständnis für sich selbst
- ▶ Vertrauen in die eigene Wahrnehmung
- ▶ Verbesserte Wahrnehmung der eigenen Grenzen und Entwicklung von Möglichkeiten der Grenzsetzung und -verteidigung
- ▶ Verbesserung der Fähigkeit, Bedürfnisse zu spüren und zu äußern
- ▶ Klärung von Angstgefühlen, Abbau der Angst, Aufbau von Sicherheit im Gefühl und im Verhalten
- ▶ Erleben der Aggression (auf den Täter und den nichtschützenden Elternteil), Ausdruck der Aggression in nichtschädigender Weise und Verarbeitung der Aggression
- ▶ Verarbeitung der Schuldgefühle, z.B. die Schuld nicht mehr dem eigenen Körper zu geben, sondern der Tat des/der Erwachsenen
- ▶ Erleben der damaligen eigenen Hilflosigkeit und Verletzlichkeit
- ▶ Verantwortungsübernahme für das aktuelle Leben
- ▶ Beendigung von Autoaggressionen und Selbstzerstörungstendenzen
- ▶ Trennung vom internalisierten traumatischen Objekt
- ▶ Entwicklung von Maßstäben zur Bewertung, ob Menschen ihr/ihm gut tun oder schaden
- ▶ Entwicklung von Vertrauen zu anderen Menschen und der Fähigkeit, soziale Kontakte genießen zu können
- ▶ Verbesserung der meist vorliegenden sexuellen Schwierigkeiten
- ▶ Verbesserung der Schwierigkeiten in der Partnerschaft
- ▶ Ggf. Klärung der aktuellen Beziehung zu den Eltern
- ▶ In der Regel Vorbereitung auf eine ambulante Therapie

## 17.12 Sexuelle Störungen

Hintergrund von sexuellen Störungen sind durch traumatische Ereignisse eingeschränkte Möglichkeiten des Kontaktes zum eigenen Körper.

Die Therapie eröffnet auf unterschiedlichen Ebenen die Möglichkeit, den eigenen Körper als Teil des Selbst zu erfahren und einen neuen Umgang mit ihm zu erlernen.

### Diagnostik

Sexualanamnese, Partnergespräch, Partnerseminar, Anamnesefragebogen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP).  
Unterschieden werden:

- ▶ Frigidität
- ▶ Sexuelle Anhedonie
- ▶ Psychogene Impotenz
- ▶ Psychogene Anorgasmie
- ▶ Ejaculatio praecox
- ▶ Psychogener Vaginismus
- ▶ Psychogene Dyspareunie
- ▶ Sexuelle Süchtigkeit

**Therapieziele** sind je nach Schwere und Ausprägung der Symptomatik Symptomfreiheit bzw. Vermittlung in eine weiterführende ambulante Sexual- bzw. Paartherapie.

### Therapiebausteine

- ▶ Teilnahme an geschlechtsspezifischen Männer-/Frauengruppen
- ▶ Körpererfahrungsgruppen

## 17.13 Zwang

Zwang und Sucht sind auseinanderzuhalten, auch wenn Fenichel (1974) auf mögliche Übergänge zwischen bestimmten Süchten und Zwängen hinweist.

Sucht erscheint zwar zwangsähnlich, wird vom Süchtigen jedoch als subjektiv sinnvoll empfunden (= Lustgewinn), während der Zwang der Unterbrechung der Unlust dient.

### Funktion des Zwanges

- ▶ Schutz vor dem Chaos
- ▶ Schutz vor massiven Affekten (Angst, Aggression, Depression)

### Funktion des Suchtmittels

- ▶ Entlastung von Zwängen

Zu unterscheiden ist zwischen einer Zwangsstörung/-neurose und einer zwanghaften Charakterstruktur, zwischen denen eine enge Beziehung besteht.

- ▶ Zwangsstörungen (ICD 10 F 42)
- ▶ Besonders charakteristisch an den Zwangssymptomen ist ihr quälender Charakter. Die Patienten leiden stark unter den ich-fremd erlebten Vorstellungen, Gedanken, Impulsen und Handlungen
- ▶ Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F 60.5)
- ▶ Kennzeichen ist ein durchgängiges Muster von Perfektionismus und Starrheit

Über die üblichen diagnostischen Mittel hinaus findet im Bedarfsfall ein zusätzlicher Fragebogen (HZI-K) Anwendung. Beim Zwangsneurotiker fehlt eine ausreichend positive Beurteilung des ausprobierenden Handelns.

Daher besteht das Therapieziel in der Auflösung der Zwangssymptomatik und dem Aufbau von realitätsbezogenem Verhalten. Erreicht werden soll dies durch

- ▶ Förderung von Autonomie und Selbstverwirklichung/-akzeptanz
- ▶ Abbau bzw. Korrektur von internalisierten Normen und Ansprüchen
- ▶ Förderung der Entscheidungsfähigkeit
- ▶ Förderung sozialer Bezogenheit
- ▶ Förderung von Spontanität, lebhafter Motorik und konstruktiver Aggression
- ▶ Entlastungserfahrungen und Angstbewältigung durch korrigierende emotionale und körperliche Erfahrungen

## 18. ORGANISATION UND PERSONALSTRUKTUR

Die Saaletalklinik verfügt über **15 offene Therapiegruppen** mit je 12 Patienten, die jeweils von einem **Bezugstherapeuten** geführt werden.

Die Bezugsgruppentherapeuten arbeiten im **Tandem-System**, d. h. sie vertreten sich gegenseitig bei Abwesenheit und nehmen (punktuell) Co-Therapeutenfunktion ein.

Im Durchschnitt verlassen 1-2 Patienten pro Woche die Bezugsgruppe und 1-2 kommen neu hinzu.

Einzelgespräche finden durchschnittlich einmal pro Woche beim Bezugstherapeuten statt, der für den Patienten während der gesamten Behandlungsdauer zuständig ist.

Die wöchentlich 4-mal je 90 Minuten stattfindende Bezugsgruppentherapie wird ergänzt durch ein breites Spektrum indikationsgeleiteter Gruppentherapien im psychotherapeutischen, ergotherapeutischen sowie bewegungstherapeutischen Bereich.

Diese indikativen Gruppenangebote greifen modular ineinander:

Zu Beginn der Therapie stehen informative und motivierende Angebote im Vordergrund, im weiteren Therapieverlauf mehr differenzierende, Ressourcen aktivierende und konflikthafte Verhalten bearbeitende Angebote. Im letzten Therapiedrittel liegt der Schwerpunkt häufig auf berufstrainierenden Maßnahmen (Praktika, Maßnahmen zur Förderung des Grundleistungsvermögens) sowie auf der Vorbereitung nachstationärer Rehabilitationsmaßnahmen.

Der Chefarzt der Klinik ist Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin mit den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin und Ärztliches Qualitätsmanagement.

Im Rahmen der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie ist der Chefarzt zur vollen Weiterbildung für die ärztliche Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" befugt.

Im Rahmen der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie (WIAP) ist die Ausbildungsmöglichkeit für Psychologische Psychotherapeuten gegeben (18-monatiges Praktikum).

Von der Bayerischen Ärztekammer ist der Chefarzt der Klinik zu einer Weiterbildung von 1,5 Jahren Psychiatrie und Psychotherapie befugt. Die Weiterbildungsbefugnis für 1 Jahr Sozialmedizin liegt vor.

Eine Oberärztin ist Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin/Psychotherapie.

Patienten mit interkurrenten Erkrankungen sowie mit Entzugssymptomen während der Aufnahmephase werden in der Aufnahmestation behandelt, welche ständig mit Pflegepersonal besetzt ist. Der jeweils diensthabende Arzt ist in der Klinik. In der Aufnahmestation geschieht die pflegerische Grundversorgung sowie die Dokumentation der Pflege und therapeutischen Maßnahmen im Rahmen der Kurvenführung. Weiterhin sind über das Pflegepersonal die Medikamentenausgabe, EKG-Ableitung, regelmäßig stattfindende Drogenscreening-Untersuchungen, Blutentnahmen, Blutzuckerkontrollen sowie Blutdruckmessungen sicher gestellt.

Neben dem ärztlichen Bereitschaftsdienst ist das Pflegepersonal außerhalb der Regeldienstzeit zentrale Anlaufstelle für die Patienten.

An Wochenendtagen und Feiertagen ist ein therapeutischer Anwesenheitsdienst im Hause. Er ist Anlaufstelle für therapeutische Gespräche, Kriseninterventionen sowie für regelmäßig samstags stattfindende themenorientierte Suchtinformationsgruppen.

Die medizinische Versorgung findet in einem **Bezugsarzt-System** statt:  
Jeder neu ankommende Patient wird direkt am Aufnahmetag von seinem Bezugsarzt untersucht, der während des gesamten Aufenthaltes für ihn zuständig bleibt.

Die derzeit im Haus tätigen Oberärzte und Assistenzärzte (1 Oberärztin, 4 Assistenzärzte) betreuen jeweils 3 Patientengruppen.

Die Supervision der medizinischen Versorgung erfolgt durch den Chefarzt der Klinik in regelmäßig stattfindenden Visiten sowie Einzelfallbesprechungen. Die Supervision der psychotherapeutischen Tätigkeiten wird durch den Chefarzt, die psychotherapeutische Oberärztin oder psychologische Psychotherapeuten in regelmäßig stattfindenden Fallkonferenzen (4 Stunden pro Woche) durchgeführt.

Der **psychotherapeutische/sozialtherapeutische Dienst** besteht aus **16** Diplompsychologen bzw. Sozialarbeitern mit psychotherapeutischer oder suchtttherapeutischer Zusatzausbildung.

Im Bereich der **Krankenpflege** sind insgesamt **9** Vollzeitkräfte im Schichtdienst tätig. Zusätzlich sind Auszubildende im Pflegebereich auf der zentralen Aufnahmestation beschäftigt.

Die **Diätassistenten** sind mit **1** Vollzeitkraft besetzt.

Die **Arztassistenten** sind mit **2** Vollzeitkräften (Arzthelferinnen) besetzt.

Die **Bewegungstherapie** wird von **4** Vollzeitkräften vertreten.

Im Bereich der **Ergotherapie** sind **7** Vollzeitkräfte tätig.

Der **Sozialdienst** ist mit **1,5** Vollzeitkräften besetzt.

In **Sekretariaten** und **Schreibdienst** sind insgesamt **5** Vollzeitstellen besetzt.

Der Vollständigkeit halber seien auch noch die zahlreichen Mitarbeitenden im Verwaltungsbereich (**Verwaltungsleitung, Sekretariate, Belegung, Rezeption, Hausmeister, Küchenpersonal sowie Schwimmbadaufsicht**) erwähnt, die hier für einen reibungsfreien Ablauf des Rehabilitationsgeschehens sorgen.

Der Chefarzt der Saaletalklinik wird in psychiatrischer Kompetenz vom Chefarzt der Klinik Neumühle, die 10 km entfernt liegt und ebenfalls von der Haus Saaletal GmbH betrieben wird, vertreten. In den übrigen Funktionen erfolgt die Vertretung hausintern durch die Oberärztin.

Die stationäre Rehabilitation eines Patienten erfolgt im Auftrage des zuständigen Rentenversicherungsträgers oder einer Krankenkasse bzw. eines sonstigen Kostenträgers. Es handelt sich um Medizinische Rehabilitation, so dass die Verantwortung für die gesamte Behandlung beim Chefarzt liegt. Die Verantwortung für die medizinische Betreuung liegt beim Bezugsarzt.

Die ärztlichen Mitarbeiter besitzen eine fachärztliche Qualifikation bzw. langjährige Berufserfahrung in der Rehabilitation. Die therapeutischen Mitarbeiter verfügen über eine suchtttherapeutische Zusatzausbildung gemäß der Empfehlungsvereinbarung Sucht oder eine Ausbildung als Psychologische Psychotherapeuten bzw. befinden sich in Weiterbildung.

Täglich stattfindende medizinisch-klinische Konferenzen mit den Ärzten und therapeutischen Mitarbeitern sowie Konferenzen zweimal wöchentlich sind Informations- und Entscheidungsgremien, die unter Leitung des Chefarztes bzw. seines Stellvertreters die Kontrolle und Steuerung der Rehabilitationsmaßnahme gewährleisten.

Zum Erhalt und zur Verbesserung der Qualität des Ausbildungsstandards finden hausinterne Fortbildungsveranstaltungen statt. Die Fallsupervision (2-mal wöchentlich 60 Minuten) gewährleistet einen hohen und kontrollierten Standard in der täglichen Arbeit (Für alle klinischen Fallkonferenzen/Supervisionen werden zertifizierte Fortbildungspunkte (BLÄK) vergeben)..

Nach Absprache sind Besucher und Praktikanten aus psychosozialen Berufen gern gesehene Gäste in der Klinik. Praktika und Hospitationen sind nach Absprache möglich.

Patienten in der Entscheidungsphase zur stationären Rehabilitation bieten wir die Möglichkeit, nach Vorbereitung durch die Beratungsstelle, die Klinik im Rahmen eines Informationsbesuches näher kennen zu lernen.

Wissenschaftliche Nachuntersuchungen der Behandlung dienen der Kontrolle und Verbesserung der Arbeit. Es besteht eine Kooperation mit dem Institut für Psychologie der Universität Würzburg, außerdem mit dem rehabilitationswissenschaftlichen Seminar an der Universität Würzburg.

## Stellenplan

|      |                                                                          |
|------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1,0  | Chefarzt                                                                 |
| 1,0  | Obersärztin                                                              |
| 4,0  | Assistenzärzte                                                           |
| 17,5 | Diplom-Psychologen und Diplom-Sozialpädagogen bzw. Diplom-Sozialarbeiter |
| 7,0  | Ergotherapeuten                                                          |
| 4,0  | Bewegungstherapeuten                                                     |
| 9,0  | Krankenpflegekräfte                                                      |
| 2,0  | Arzthelferinnen                                                          |
| 5,0  | Kräfte im Sekretariat/Schreibdienst                                      |

## 19. LITERATURVERZEICHNIS

- Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von A. Franke; dgvt 1997
- Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der med. Rehabilitation, Praxishandbuch, 2012, DRV Bund
- Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD 2; Huber 2006
- Backmund, M.: Suchttherapie; Ecomed 1999
- Beauchamp, T.L., Childress J.F.: Principles of biomedical ethics; Oxford Univ. Press 1989
- Bilitza: Suchttherapie und Sozialtherapie; Vandenhoeck und Ruprecht 1993
- Ellis, A.: Die rational emotive Methode; München 1977
- Elsesser, K.; Sartory, G.: Medikamentenabhängigkeit, Hogrefe 2001
- Reichel, C., S. Schrag: Ernährungsmedizin in der Rehabilitation, 2013, Handbuch DRV Bund
- Feuerlein, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit; Thieme-Verlag 1989
- Fichter, M.: Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit; Springer 1992
- Fürstenau, P.: Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Therapie; München 1992
- Grawe, K.: Gründe und Vorschläge für eine allgemeine Psychotherapie; Psychotherapeut 44: 350-359 (1999)
- Heigl-Evers, A., Ott, J.: Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode; Vandenhoeck & Ruprecht 1995
- Hoffmann, S.O., Hochapfel, G.: Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin; Schattauer 1991
- Kanfer, F.H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D.: Selbstmanagement-Therapie; Springer 1990
- Langsdorf, M.: Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen; Fischer 1985
- Linehan, M.M.: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung; CIP-Medien 1996
- Lindenmeyer, J.: Alkoholabhängigkeit, Hogrefe 1999
- Mann, K.: Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen, Pabst 2002
- Möller, H.-J.: Therapie psychischer Erkrankungen, Thieme 2006
- Mühlbauer, H.: Kollege Alkohol; Kösel-Verlag 1996
- Neumann, W.; Süfke, B.: Den Mann zur Sprache bringen, dgvt-Verlag 2004
- Peseschkian, N.: Psychosomatik und positive Psychotherapie; Springer 1991
- Petzold, H.G.: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie; Junfermann Verlag 1990
- Petzold, H.; Schay, P.; Ebert, W.: Integrative Suchttherapie, VS Verlag 2004
- Rohde-Dachser, C.: Das Borderline-Syndrom; Huber 1989
- Rost, W.-D.: Psychoanalyse des Alkoholismus; Klett 1987
- Rußland, R.: Suchtverhalten und Arbeitswelt; Fischer 1988
- Saß, H.: Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen, Thieme 1999
- Schanz, G. et al.: Alkohol in der Arbeitswelt; dtv 1995
- Schlüter-Dupont, L.: Alkoholismus - Therapie; Schattauer 1990

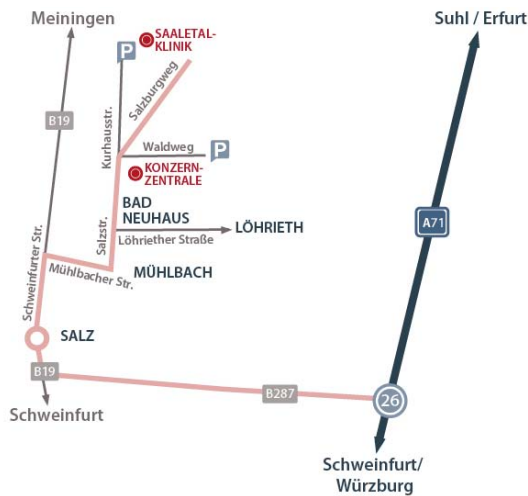




## So kommen Sie zu uns:

### AUTOBAHNAUSFAHRT 26

Saaletalklinik, Konzernzentrale RHÖN-KLINIKUM AG



#### Mit dem Auto

##### A71 Von Erfurt

- Auf der A71 in Richtung Schweinfurt
- Die Autobahn in Richtung Bad Neustadt a. d. Saale verlassen (Abfahrt 26)

##### A7 Von Würzburg

- Auf der A7 in Richtung Schweinfurt/Kassel
- Am Autobahnkreuz Schweinfurt auf die A70 in Richtung Bamberg/Erfurt wechseln
- Am Dreieck Werntal auf die A71 in Richtung Erfurt wechseln
- Die Autobahn in Richtung Münnernstadt/Bad Neustadt Süd verlassen (Abfahrt 26)

##### A73 Von Erlangen

- Auf der A73 in Richtung Schweinfurt
- Am Dreieck Werntal auf die A71 in Richtung Erfurt wechseln
- Die Autobahn in Richtung Münnernstadt/Bad Neustadt Süd verlassen (Abfahrt 26)

#### Nach der Autobahnausfahrt

- Der B287 folgen, bei der Gabelung rechts in Richtung Bad Neustadt/Burglauer halten und auf die B 19 fahren
- Dem Straßenverlauf 8 km folgen, den Kreisverkehr an der zweiten Ausfahrt verlassen (Richtung Stadtmitte)
- Unter der Falaiser Brücke rechts auf die Mühlbacher Straße abbiegen
- Nach 700 m links in die Salzstraße abbiegen
- Nach dem Durchfahren der Bahnunterführung links auf die Kurhausstraße abbiegen und dem Straßenverlauf 500 m folgen. Die Konzernzentrale befindet sich auf der rechten Seite.
- Für die Saaletalklinik an der Konzernzentrale vorbei, die Kreuzung überqueren und an der Gabelung rechts den Hang hinauf. Bitte beachten Sie die auf der Karte eingezeichneten Parkmöglichkeiten.

#### Mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Mit dem Regionalexpress oder der Erfurter Bahn (EB) aus Richtung Erfurt oder Schweinfurt bis zum Bahnhof Bad Neustadt a. d. Saale. Von dort mit der Buslinie Nessi 2 in Richtung RHÖN-KLINIKUM/Neuhaus bis zur Haltestelle Schlosshotel. (für Konzernzentrale) bzw. Haltestelle Saaletalklinik (für Patienten unentgeltliche Nutzung).

**Den Patienten steht innerörtlich ein kostenloser Buspendelverkehr ganzjährig an allen Kalendertagen zur Verfügung.**

Träger: Haus Saaletal GmbH  
Salzburger Leite I  
97616 Bad Neustadt/Saale  
Telefon (09771) 9 05-0  
Telefax (09771) 9 05-46 10

e-mail: [stk@saaletalklinik.de](mailto:stk@saaletalklinik.de)  
[www.saaletalklinik.de](http://www.saaletalklinik.de)

Verbundenes Unternehmen der



**RHÖN-KLINIKUM**  
AKTIENGESELLSCHAFT