



**Fachklinik Römerhaus  
Jodbad Sulzbrunn  
87477 Sulzberg**

Telefon: 08376 9204-0  
Telefax: 08376 9204-88  
E-Mail: [info@roemerhaus-fk.de](mailto:info@roemerhaus-fk.de)

Träger: DGD GmbH, 35037 Marburg

zertifiziert nach



DIN EN ISO 9001:2008

## **Konzeption für Kombitherapie**

Verfasser: Gotthard Lehner  
28.04.2009

## **Gliederung:**

<b>Einleitung</b>	<b>S. 3</b>
<b>Träger</b>	<b>S. 3</b>
<b>Standort und Rahmenbedingungen</b>	<b>S. 3</b>
<b>Das Bio-psycho-soziale Behandlungsmodell</b>	<b>S. 3</b>
<b>Das Bio-psycho-soziale Modell der Abhängigkeitserkrankungen</b>	<b>S. 4</b>
<b>Behandlungsansatz</b>	<b>S. 4</b>
<b>Indikationen für die Kombinationstherapie</b>	<b>S. 5</b>
<b>Verwaltungsverfahren</b>	<b>S. 6</b>
<b>Behandlungsverlauf</b>	<b>S. 6</b>
<b>Stationäre Initialbehandlung</b>	<b>S. 7</b>
<b>Beruflicher Wiedereinstieg</b>	<b>S. 9</b>
<b>Personelle Gegebenheiten</b>	<b>S. 9</b>
<b>Supervision und Fortbildung</b>	<b>S. 10</b>
<b>Dokumentation und Qualitätssicherung</b>	<b>S. 10</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>S. 11</b>

### **Einleitung:**

Die medizinische Rehabilitation Suchtkranker ist in den letzten Jahren einem starken Wandel unterworfen. In den früheren Jahren war eine Behandlung nur in der Abgeschlossenheit einer Fachklinik (früher: „Trinkerheilstätte“) möglich. Es galt, den Abhängigen<sup>1</sup> aus seinem sozialen Milieu herauszunehmen, sicherzustellen, dass er keinerlei Alkohol konsumierte, ihn zu entwöhnen, und ihn anschließend wieder gestärkt in den Lebensalltag zurück zu entlassen. In der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist in den letzten Jahren ein sehr differenziertes, flexibles Versorgungssystem entstanden, das neben körperlichen und psychischen auch soziale Faktoren auf der strukturellen wie auch auf der inhaltlich therapeutischen Ebene umfassend berücksichtigt und dabei der Forderung nach einer weiteren Individualisierung der Behandlung in besonderer Weise Rechnung trägt, in dem es die Vorteile von stationärer, teilstationärer und ambulanter Therapie miteinander verknüpft.

Durch das hier vorgestellte Konzept zur Kombitherapie soll die individuell angepasste Vernetzung zwischen der Fachklinik Römerhaus und verschiedenen ambulanten Behandlungsstätten erfolgen.

Inzwischen liegen empirische Befunde vor, die für den Erfolg von Behandlungskonzepten sprechen, die stärker die individuellen Problemlagen der Patienten in den Mittelpunkt stellen. Die Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer medizinischer Rehabilitation bei Suchtmittelerkrankungen ist inzwischen unumstritten.

Wir erwarten von einer weiteren Differenzierung des Behandlungsangebotes durch eine Kombitherapie für die Patienten eine Erhöhung des Therapieerfolges und für den RV-Träger eine kostengünstigere Möglichkeit der Behandlung von suchterkrankten Menschen.

Durch dieses Konzept werden die strukturellen Voraussetzungen für vermehrte Individualität und Flexibilität im Hinblick auf Art, Umfang und Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen geschaffen.

### **Träger:**

Der Träger ist der Deutsche Gemeinschafts-Diakonieverband in Marburg, vertreten durch das Diakonissen Mutterhaus Hensoltshöhe in Gunzenhausen.

### **Standort und Rahmenbedingungen:**

Die Fachklinik Römerhaus liegt in reizvoller Umgebung im Landkreis Oberallgäu. In der Fachklinik werden Männer behandelt, die alkohol-, medikamenten- oder/und glücksspielabhängig sind.

Vorgesehen sind die Kombinationen von stationärer und ambulanter Behandlung. Die einzelnen Behandlungsstätten müssen dabei dem Anforderungsprofil der Leistungsträger entsprechen.

Auch die ambulanten Behandlungsstätten müssen über eine Anerkennung der Deutschen Rentenversicherung verfügen.

### **Das bio-psycho-soziale Behandlungsmodell:**

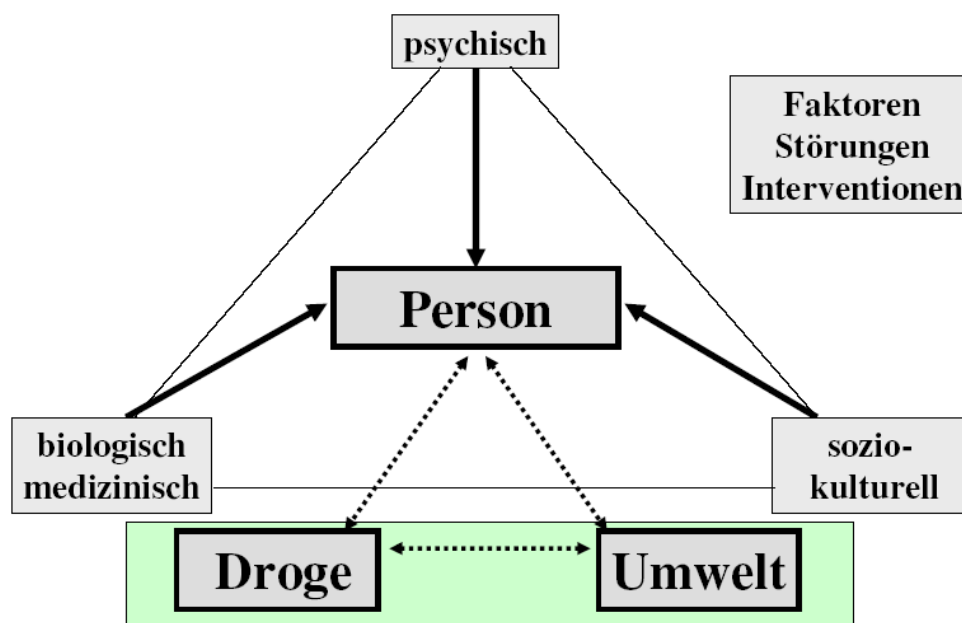
Das allgemeine bio-psycho-soziale Modell von Krankheit sieht sein Hauptziel und seinen Ansatzpunkt in der Verbesserung des Krankheitszustandes, unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren und die Vermeidung von sekundären Folgeerkrankungen entsprechend den Vorgaben und Zielen des ICF. Um dieses Ziel erreichen zu können, steht die Förderung der Krankheitsbewältigung und des Krankheitsmanagement, die Linderung akuter Krankheitssymptome sowie die Besserung einer eingeschränkten physischen oder psychischen Leistungsfähigkeit im Vordergrund der Rehabilitation.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Schreibvereinfachung wurde immer die männliche Form gewählt.

### Das bio-psycho-soziale Modell einer Abhängigkeitserkrankung:

Abhängigkeitserkrankungen entwickeln sich im Bedingungsgefüge von Individuum, Umwelt und psychotroper Substanzen.



Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell

Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell<sup>2</sup> für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung

In dem oben dargestellten Modell wird deutlich, in welchem Beziehungsgeflecht Abhängigkeitserkrankungen entstehen. Das Individuum hat für seine Auseinandersetzung mit den Anforderungen seiner sozialen Umwelt nicht ausreichend Bewältigungsmechanismen in seiner Person zur Verfügung. Deshalb muss es durch psychotrope Substanzen (d.h. Drogen) biochemisch ein inneres psychisches Gleichgewicht herstellen. Durch die regelmäßige Einnahme der Droge wird einerseits ein Zugewinn an Kompetenz verhindert und andererseits erhöht sich die Konsummenge, weil eine gehirnphysiologisch bedingte Gewöhnung an das Suchtmittel eintritt. Daraus entsteht in der Regel eine Eigendynamik, bei der das körperliche und psychische Verlangen nach der psychotropen Substanz den Lebensalltag immer stärker reglementiert.

### Behandlungsansatz:

Die theoretische Grundlage unseres Behandlungsansatzes stellt das *Selbstmanagementmodell* dar: So stellt das Selbstmanagementmodell die aktive Einbeziehung der Patienten bei gleichzeitiger Förderung ihrer Selbstkontrollkompetenzen bzw. Entwicklung von aktiven und selbstbestimmenden lebensbewältigenden Problemlösestrategien in den Mittelpunkt.

"Selbstmanagement" ist inzwischen zu einem Sammelbegriff für verschiedene Therapieansätze geworden, die aber alle gemeinsam haben, dass der Klient befähigt werden soll, möglichst aktiv zur Bewältigung seiner Probleme beizutragen. Wenn dieser Lernprozess erfolgreich verläuft, ist der Patient wieder in der Lage, sein Leben ohne externe professionelle Hilfe seinen Zielen entsprechend zu gestalten. Das Modell des Selbstmanagements hebt sich

<sup>2</sup> Zit. nach H. Fleischmann, Vortrag: Die psychiatrische Suchtmedizin, Suchthilfe und Psychiatrie – Ergänzung oder Alternative, Weimar im September 2004

damit von einem klassisch-medizinischen Verständnis von Therapie (mit dem Therapeuten als alleinigen Experten) ebenso ab wie von einem falsch verstandenen humanistischen Konzept, wonach der Klient allein aufgrund seiner "Selbsteilungskräfte" zu einer Veränderung seiner Probleme in der Lage ist" (Kanfer et al. 1991).

Mit Hilfe der Einleitung eines therapeutischen Prozesses soll also der Patient befähigt werden, im Rahmen seiner Ressourcen und Grenzen ein möglichst hohes Maß an Autonomie und Selbstbestimmung, aber auch an sozialen Kompetenzen, die die Voraussetzung zur Erlangung von Wertschätzung darstellen, zu erreichen.

Wie bereits erwähnt, bedeutet für uns die Anwendung des Selbstmanagementansatzes nicht die Beschränkung auf eine einzige therapeutische Vorgehensweise. Vielmehr bietet er die Möglichkeit der Nutzung unterschiedlicher Methoden, wie

- der Verhaltenstherapie
- der Gesprächspsychotherapie
- des systemisch orientierten Verfahrens
- der Psychoanalyse.

### **Indikation für die Kombinationstherapie:**

Durch die Einführung des Prinzips der adaptiven Indikationsstellung wird im Sinne einer effektiven und patientengerechten Steuerung des Rehabilitationsprozesses eine Flexibilisierung des vorher eher fixierten zeitlichen Rahmens (Zeitbudget) einzelner Behandlungsformen erreicht, indem in jeder Phase der Rehabilitation der Behandlungsplan einschließlich der Auswahl der Behandlungsform überprüft und, falls notwendig, geändert werden kann.

### **Indikationsspektrum:**

Bei Kombinationen mit dem stationären Bereich können ausschließlich Männer behandelt werden.

- Störungen durch Alkohol (F10.xx)
- Störungen durch Sedativa und Hypnotica (F13.xx)
- Glücksspielsucht (F63.xx)

### **Sekundärindikation:**

- Essstörungen (F50.xx)

### **Kontraindiziert sind Kombibehandlungen bei:**

- Psychosen
- Schweren hirnorganischen Beeinträchtigungen
- Schwerwiegenden Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit
- Aktueller Unfähigkeit zur Abstinenz während der Behandlung und
- Aktueller Abhängigkeit von illegalen Drogen
- Schwerer somatischer Erkrankung.

### **Zielgruppe:**

Abhängige Menschen, die grundsätzlich ambulant behandelbar sind, aber bei denen aufgrund individueller Faktoren eine kurzzeitige stationäre Behandlungsphase indiziert ist, z.B. wenn:

- Berufliche, familiäre oder psychische Konflikte einen Abstand aus der Alltagsumgebung erforderlich machen, um die Behandlungsprognose zu verbessern oder einen Einstieg in die ambulante Therapie ermöglichen.

- Eine stationäre Therapie in der Vergangenheit durchlaufen wurde und eine kurzzeitige stationäre Aufnahme als Initialmaßnahme ausreichend erscheint, um die weiteren Therapieziele im ambulanten Setting zu erreichen.
- Einzelne Therapiebausteine entweder in der stationären Einrichtung spezifisch durchgeführt werden oder die stationäre Therapieform erfordern.
- Ein intensives Gruppensetting als erste Stabilisierung notwendig ist.
- Eine eigenständige Strukturierung des Tagesablaufs und Aufrechterhaltung der Abstinenz zunächst noch nicht möglich ist.
- Die berufliche Situation einen länger dauernden stationären Aufenthalt nicht erlaubt und gleichzeitig ein ausreichend stützendes Umfeld vorhanden ist, um ambulant weiter zu behandeln.
- Erziehungsaufgaben wahrgenommen werden oder Angehörige gepflegt werden und eine kurze stationäre Stabilisierung notwendig ist, um diese Aufgaben abstinenter wieder aufzunehmen.

### **Verwaltungsverfahren:**

Es gilt hierbei die verwaltungstechnischen Hürden erneuter Genehmigungsverfahren zu minimieren.

- **Leistungsträger:** Günstig wäre, wenn eine Kostenzusage für die gesamte Behandlungszeit (stationärer Teil und ambulanter Teil) vorliegen würde.
- Geplant ist eine 8-wöchige Initialtherapie mit einer anschließenden 6-monatigen ambulanten Weiterbehandlung (40+4 Behandlungssetting).
- **Fachklinik und eine Suchtberatungsstelle, PSB oder Fachambulanz:** Es muss eine enge und verbindliche Zusammenarbeit mit genauen Absprachen geben.
- Es sollten gemeinsame Fallbesprechungen durchgeführt werden und gemeinsam an der Fortentwicklung des Konzeptes gearbeitet werden.
- Das Krankheitsverständnis zwischen den Partnern muss besprochen und geklärt sein.
- Sowohl die Fachklinik als auch die Ambulante Beratungsstelle schreiben jeweils einen eigenständigen Entlassungsbericht.

### **Behandlungsverlauf:**

Vorgesehen sind die Kombinationen von stationärer und ambulanter Behandlung: Die **Regelbehandlung** beträgt 6 Monate für den ambulanten Teil und insgesamt bis zu 8 Wochen für den stationären Behandlungsteil.

Die Entscheidung für eine Kombinationstherapie erfolgt in einer vorgeschalteten ambulanten Beantragungphase.

Die bei der Kombitherapie vorgesehenen Wechsel sind im Rahmen der **Kostenbewilligung der Rentenversicherung** entsprechend der hier vorgegebenen Kriterien und Regeln vorzubereiten und durchzuführen und mit dem Klienten abzusprechen. Zwingend vorgeschrieben sind in diesem Modell Übergabegespräche gemeinsam mit dem Patienten.

Ein wesentliches Merkmal der Indikation für die Kombi-Therapie ist, dass die Indikationskriterien für eine ambulante Behandlung weitgehend erfüllt sein müssen. Ein weiteres Merkmal ist, dass aufgrund von stabilitätsgefährdenden Faktoren der Erfolg einer ausschließlich ambulant durchgeführten Behandlung gefährdet ist. Dabei muss die Erwartung begründet sein, dass eine 8-wöchige stationäre Behandlung den Therapieprozess entscheidend positiv beeinflussen kann.

**Zu den Faktoren, die einerseits den Erfolg einer ambulanten Therapie in Frage stellen, andererseits aber als gut beeinflussbar gelten, gehören vor allem:**

- Eine noch nicht ausreichend stabilisierte Kompetenz im Umgang mit belastenden sozialen Faktoren, so dass die bestehende Anfangsmotivation gefährdet und das Abbruchrisiko entsprechend hoch ist.
- Ausgeprägte, reaktive psychische Störungen etwa in Zusammenhang mit schweren psychischen Belastungen (Trennungen, Tod eines Angehörigen, Arbeitsplatzverlust, usw.), die jedoch keiner stationären psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung bedürfen.

Liegen diese oder ähnliche Faktoren vor, so ist die Indikation für eine Kombi-Therapie gegeben. In der Beantragungsphase entscheidet sich dann, ob die Bedeutung dieser Faktoren richtig eingeschätzt wurde. Es muss dann festgelegt werden, ob und mit welchem Auftrag eine stationäre oder teilstationäre Behandlung durchgeführt werden muss. Es gelten die oben genannten Kriterien.

### **Stationäre Initialbehandlung im Rahmen einer ambulanten Behandlung:**

Eine 8-wöchige stationäre Initialbehandlung als Ergänzung und Vertiefung eines ambulanten Behandlungsblockes ist indiziert für Patienten, bei denen eine ausschließliche ambulante Behandlung aufgrund medizinischer und/oder psychosozialer Komplikationen keine ausreichende Gewähr für den Erfolg der medizinischen Rehabilitation bieten würde.

Eine stationäre Initialbehandlung ist notwendig, wenn eine ambulante Behandlung erst auf Grund eines zeitweisen Herauslösens aus einem ungünstigen sozialen Umfeld des Suchtkranken oder nach einer körperlichen und psychischen Stabilisierung im stationären Setting erfolgsversprechend ist. Die Initialbehandlung in der Anfangsphase des Gesamtbehandlungsplanes kann bei Patienten zum Einsatz kommen, bei denen eine vorwiegend ambulante oder teilstationäre Rehabilitation geplant ist. Aufgaben der Initialphase sind die medizinische und psychologische Diagnostik der Abhängigkeitserkrankung sowie sozialmedizinisch und medizinisch relevante Begleit- und Folge- und Sekundärerkrankungen. Weitere Schwerpunkte sind Informationen zur Abhängigkeitserkrankung, der Analyse des Suchtverhaltens, Aufbau von Krankheitsakzeptanz sowie der Förderung, von Behandlungsmotivation und Veränderungsbereitschaft.

In jedem Block nehmen Planung und Durchführung der beruflichen und sozialen Integration der Patienten einen zentralen Platz ein. Die spezifischen Problembereiche im Arbeits- und Leistungsbereich werden zusammen mit den Patienten herausgearbeitet und realitätsnahe belastungsbezogene Strategien im internen oder externen Übungssetting abgeleitet. Im stationären Setting werden die Patienten unter den anderen Patienten der Fachklinik Römerhaus integriert.

Das Therapiekonzept umfasst Gruppentherapie (2-3 x wöchentlich), Einzeltherapie (1x wöchentlich), Sport-, Ergo- und Kreativtherapie, sowie indikative und störungsspezifische Therapiemaßnahmen. Physiotherapeutische Behandlungen werden bei Bedarf angeboten, und eine Ernährungsberatung ergänzt im Regelfall den Behandlungsplan.

### **Behandlungsziele der 8-wöchigen vollstationären Initialbehandlung:**

- Körperliche und psychische Stabilisierung
- Aufbau und Festigung einer Abstinenzmotivation
- Vermittlung von Wissen über die Abhängigkeitserkrankung
- Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtentwicklung
- Erwerb eines individuellen Abhängigkeitsmodells
- Kognitive und emotionale Krankheitsakzeptanz
- Einsicht in die Notwendigkeit individueller Veränderungen
- Erarbeitung individueller Veränderungsziele

Im Mittelpunkt des ambulanten Therapieblocks stehen auch der weitere Aufbau der Krankheitsakzeptanz, die Förderung der Änderungsbereitschaft, die individuelle Bedingungs- und Verhaltensanalyse der Abhängigkeitserkrankung, der Aufbau alternativer Verhaltensweisen, die Rückfallprophylaxe und die (Re)Integration ins berufliche und soziale Umfeld. Durch die Kombination der verschiedenen Behandlungssettings ist ein individuell gestuftes Heranführen an die Alltagsanforderungen möglich. Abstinenzfähigkeit und berufliche und soziale Leistungsfähigkeit können schrittweise erprobt, und auftretende Schwierigkeiten können psychotherapeutisch bearbeitet werden. Die Entscheidung, ob die Behandlung in ambulanter Form fortgeführt wird, erfolgt je nach sozialen und beruflichen Integrationsgrad und dem in der stationären Behandlungsphase erreichten Maß an psychischer Stabilität.

#### **Behandlungsziele des ambulanten Therapiemoduls:**

- Erarbeitung eines Rückfallmodells
- Identifikation rückfallbezogener Risikosituationen
- Erwerb von Strategien zur Rückfallvorbeugung
- Erwerb von Strategien zur Rückfallbewältigung
- Berufliche und soziale Stabilisierung bzw. Integration
- Eigenverantwortliche Lebensplanung
- Förderung der sozialen, beruflichen Kompetenz
- Umsetzung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen und Aktivitäten
- u.a.

#### **Beruflicher Wiedereinstieg:**

Bei Patienten, die noch über einen Arbeitsplatz verfügen, kommt es immer wieder zu Störungen und Konflikten mit dem Arbeitgeber. Allgemeines Ziel der soziotherapeutischen Arbeit ist es, möglichst individuelle, auf die spezifischen Anforderungen des Einzelfalls zugeschnittene Hilfestellung zur sozialen und beruflichen Integration zu geben in enger Kooperation zwischen Patient, Bezugstherapeut, Arbeitstherapeut und der Einbeziehung des Arbeitgebers. Auf diese Weise können Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen, Überforderung, hohe Fehlzeiten und Kündigungsverfahren rechtzeitig vor der Rückkehr zum Arbeitsplatz reflektiert werden.

Ansatzpunkte zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration des Patienten ergeben sich bereits aus der Arbeits- und Berufsanamnese. Anhand von Checkliste zur beruflichen (Re)Integration wird der berufliche und gesundheitliche Status der Patienten erhoben. Daraus ergeben sich dann die individuelle Empfehlung und eine Zuordnung des Patienten zu den verschiedenen Therapiebausteinen.

#### **Therapiesteine der Soziotherapie:**

- Einzelberatung
- Erhebung des beruflichen Status
- Informationen zur (Neu-)Orientierung
- Beratung zur beruflichen Rehabilitationen durch Vertreter der RV, oder der Agentur für Arbeit
- Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber
- Beratung zu Fördermöglichkeiten durch die Agentur für Arbeit und die ARGE
- Bewerbungstraining
- (Arbeits-)therapeutisches Belastungstraining

**Diese Maßnahmen werden nach Bedarf ergänzt durch arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation:**

- Klinikeigene Arbeitstherapiebereiche
- Externe Arbeitserprobung
- Kooperation mit den Arbeitgebern der Patienten (bei Wohnortnähe)

Maßnahmen der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation können im stationären Behandlungsmodul zum Einsatz kommen.

Die in stationären Behandlungssetting gesammelten Erkenntnisse sollen dem Klienten helfen, dass er seine eigene Arbeitsleistung realistisch einschätzt und er sich mit seinen (evtl.) vorhandenen Leistungsdefiziten auseinandersetzt. Die Ergebnisse der Arbeitstherapie fließen als wichtige Informationsquelle in den sozialmedizinischen Teil des Abschlußberichtes.

**Personelle Gegebenheiten:**

Das kombinierte Behandlungsangebot wird von den vorhandenen Mitarbeitern der beteiligten Behandlungsstätten realisiert.

**Supervision und Fortbildung:**

In der Fachklinik Römerhaus wird regelmäßig Supervision durchgeführt.

Die Mitarbeiter verpflichten sich, regelmäßig an internen und externen Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Modalitäten sind im Qualitätshandbuch der Klinik festgelegt.

**Dokumentation und Qualitätssicherung:**

**Dokumentation:**

Die Fachklinik Römerhaus nimmt an der Basisdokumentation KDS teil und stellt den Kerndatensatz für statistische Zwecke zur Verfügung. Die Klinik dokumentiert ihre erbrachten Leistungen im integrierten Entlassungsbericht, dort werden alle therapeutischen Leistungen (KTL) erfasst, weitere Leistungen werden in der Patientenakte festgehalten.

Zum Abschluss der Therapie nimmt der Arzt die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vor und erstellt in Zusammenarbeit mit den übrigen therapeutischen Mitarbeitern den integrierten Entlassungsbericht nach den Vorgaben der RV-Träger.

**Qualitätssicherung:**

Die Fachklinik Römerhaus verpflichtet sich, am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teilzunehmen und ein internes Qualitätsmanagement einzuführen. Geplant ist eine Zertifizierung durch die DeQus. Daneben bemüht sich die Klinik, an einem einrichtungsübergreifenden Qualitätszirkel von Rehabilitationskliniken teilzunehmen.

## **Literaturverzeichnis:**

- Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.):** Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen, Lambertus, 1997
- Arend, Horst:** Alkoholismus - ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe, Beltz, 1999
- Burtscheidt, Wilhelm:** Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit, Springer, 2001
- Elesser, Karin & Sartory, Gudrun:** Medikamentenabhängigkeit, Hogrefe, 2001
- Fachverband Sucht:** Rehabilitation Suchtkranker - mehr als Psychotherapie, Neuland 2001
- Feuerlein, Wilhelm, Kufner Heinrich & Soyka, Michael:** Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit, Thieme, 1998
- Fuchs, Peter:** Ergotherapie im Suchtbereich, modernes lernen, 2000
- Heigl-Evers, Heigl, Ott:** Lehrbuch der Psychotherapie, Fischer 1993
- Kanfer, Frederick H.:** Selbstmanagement-Therapie, Springer, 2000
- Krausz, Michael & Haasen, Christian (Hrsg.):** Kompendium Sucht, Thieme, 2004
- Körkel, Joachim:** Praxis der Rückfallbehandlung, Blaukreuz, 1998
- Körkel, Joachim:** Rückfall muss keine Katastrophe sein, Blaukreuz, 2001
- Körkel, Joachim:** Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen, Springer, 2003
- Lindenmeyer, Johannes:** Alkoholabhängigkeit, Hogrefe, 1999
- Löcherbach, Peter u.a. (Hrsg.):** Case Management, Luchterhand, 2003
- Miller, William R., Rollnick, St.:** Motivierende Gesprächsführung, Lambertus, 1999
- Rost, Wolf-Detlef:** Psychoanalyse des Alkoholismus, Klett, 1990
- Ruegg, Johann Caspar:** Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn, Schattauer, 2003
- Soyka, M. & Möller, H. J. (Hrsg.):** Alkoholismus als psychische Störung, Springer, 1997
- Süß, Heinz-Martin:** Evaluation von Alkoholismustherapie, Huber, 1988
- Thomasius, Rainer:** Psychotherapie der Suchterkrankungen, Thieme 2000
- Tretter, Felix & Müller, Angelica (Hrsg.):** Psychologische Therapie der Sucht, Hogrefe, 2001