kompass.
WEGE AUS DER SUCHT

Konzeption kompass.City Ambulantes Zentrum Augsburg

Konzept
der ganztägig ambulanten Rehabilitation
und der berufsbegleitenden ambulanten Rehabilitation

Stand März 2020

Träger: Kompass Drogenhilfe GmbH, Augsburg

Verantwortlich für den Inhalt: Georg Lachenmair

Obstmarkt 5
86152 Augsburg
Tel. 0821 2585290
Fax 0821 25852920
e-Mail: cityAZA@kompass-augsburg.de
Internet: www.kompass-augsburg.de

Inhalt

Kompass-Leitbild
1. Einleitung ... 3
2. Allgemeines ... 4
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung ... 5
4. Rehabilitationskonzept ... 7
4.1. Theorien und Modelle ... 7
4.2. Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen, Substitutionsgestützte Rehabilitation ... 10
4.3. Rehabilitationsziele ... 13
4.4. Rehabilitationsdauer ... 14
4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung ... 15
4.6. Rehabilitationsprogramm ... 15
4.7. Rehabilitationselemente ... 16
4.7.1 Aufnahmeverfahren ... 16
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik ... 16
4.7.3 Medizinische Therapie ... 17
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzelgespräche und Gruppenangebote und andere Gruppenangebote ... 17
4.7.5 Arbeitsbezogene Maßnahmen ... 19
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken ... 21
4.7.7 Freizeitangebote ... 22
4.7.8. Sozialdienst ... 22
4.7.9 Gesundheitstraining und Ernährung ... 23
4.7.10 Angehörigenarbeit ... 23
4.7.11 Rückfallmanagement ... 24
4.7.12 Weitere Leistungen ... 26
4.7.13 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ... 26
5. Personelle Ausstattung ... 27
6. Räumliche Gegebenheiten ... 28
7. Kooperation und Vernetzung ... 29
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung ... 29
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation ... 30
10. Notfallmanagement ... 31
11. Fortbildung ... 31
12. Supervision ... 31
13. Hausordnung und Therapievertrag ... 31
14. Datenschutz ... 31
15. Anhängende Dokumente ... 31

Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen wurde der Text in der männlichen Form geschrieben, es ist jedoch stets die weibliche Form gleichermaßen mit angesprochen.

Kompass-Leitbild

Unsere Mission:
Die Kompass Drogenhilfe begleitet Menschen auf ihrem Weg in ein erfülltes, suchtmittelfreies und selbstbestimmtes Leben.
Mit unseren vielfältigen Behandlungsangeboten ermöglichen wir nachhaltig eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und eine Integration in den Arbeitsmarkt.

Unsere Vision:
Wir sind 2021 ein fachlich anerkannter und innovativer Suchthilfeanbieter, der sich durch Angebotsvielfalt und nachhaltige Erfolge deutlich von anderen abhebt. Wir sind ein wirtschaftlich erfolgreiches Sozialunternehmen, sowie ein attraktiver Arbeitgeber.

Unsere Werte:
Individualität:
Wir schätzen die Einzigartigkeit jedes Menschen und gehen auf individuelle Bedürfnisse ein. Bei unserer Arbeit legen wir Wert auf Selbstverantwortung.

Engagement:
Wir setzen uns für die Zukunft unserer Klienten, für uns und unser Unternehmen ein.

Teamgeist:
Vertrauen, gegenseitige Unterstützung und ein aktiver Austausch machen uns zu einem starken Team.

Nachhaltigkeit:
Wir denken und handeln ressourcen- und zukunftsorientiert. Umweltgesichtspunkte haben bei der Erfüllung unseres gesellschaftlichen Auftrags einen hohen Stellenwert.

Respekt:
Wir begegnen allen Menschen mit Toleranz und Wertschätzung

Professionalität:
Durch regelmäßige Fort- und Weiterbildung sowie Supervision stellen wir unsere hohe fachliche Kompetenz und Multiprofessionalität sicher. Wir nehmen unsere Vorbildfunktion ernst.

Offenheit:
Wir sind offen, authentisch und reflektiert in der Kommunikation und transparent im Handeln.

Innovation:
Neuen Ideen, Ansätzen und Konzepten stehen wir aufgeschlossen gegenüber. Mit Mut zum Neuen geben wir unserer Kreativität Raum, Bewährtes überprüfen und optimieren wir kontinuierlich.

Wirtschaftlichkeit:
Wir denken und handeln wirtschaftlich und sichern dadurch Therapievielfalt und unsere Arbeitsplätze.

1. Einleitung

Der Ausbau der ambulanten Behandlungsangebote in der Suchtkrankenversorgung wird aus verschiedensten Gründen seit langem gefordert. Die Vorteile liegen in der regionalen Vernetzung, die Alltagsnähe der therapeutischen Behandlung und nicht zuletzt in den erhofften Kosteneinsparungen der Versicherungsträger.
Positive Behandlungsergebnisse der ganztägig ambulanten Suchtrehabilitation (z. B. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2013) können nachgewiesen werden. Katamneseergebnisse legen nahe, dass im ganztägig ambulanten Behandlungsangebot besser auf eine Rückfälligkeit und deren Bewältigung vorbereitet werden kann, dadurch können nachhaltigere Ergebnisse als im stationären Bereich erzielt werden (s. auch Sucht Aktuell, Jahrgang 18/01.11).

Die Kompass Drogenhilfe GmbH baut, wie bisher, auf die regionale Vernetzung mit der Suchthilfe, medizinischen Einrichtungen und den sozialen Diensten vor Ort. Vor allem wird das Ziel der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben durch wohnortnahe Arbeitserprobungen, der Teilnahme an BORA (berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker), der Anbindung an einen Kompassinternen Jobcoach, Praktika und arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen erleichtert.

Durch das integrative und lebensweltbezogene Angebot wird ein Beitrag zur Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen im Sinne der Inklusion geleistet. Die ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung im Ambulanten Zentrum Augsburg ist in einem Umkreis von 90 km die einzige Tagesrehabilitation für stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen.

Für die medizinische Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger. Grundlagen für die ganztägige und berufsbegleitende ambulante Entwöhnungsbehandlung sind die entsprechenden Vorschriften des SGB V, SGB VI, SGB IX sowie die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001. Darauf basiert auch das vorliegende Konzept. Ergänzend wird auf die „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Schriftenreihe Heft 12, 2006, hingewiesen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kommen nur in Betracht, wenn damit die in §§ 11 und 27 SGB V, § 9 SGB VI und § 4 Abs. 1 SGB IX aufgeführten Ziele verfolgt werden.

2. Allgemeines

Trägerschaft, Bezeichnung des Konzepts und Erstellung

Träger des Ambulanten Zentrums Augsburgs ist die Kompass Drogenhilfe GmbH, Piccardstr. 15a, 86159 Augsburg. Die gemeinnützige Kompass Drogenhilfe GmbH ist Mitglied im Paritätischen Landesverband Bayern, im Fachverband Drogen und Suchthilfe (FDR) und im Berufsverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (BUSS). Die Kompass Drogenhilfe wurde 1991 gegründet und ist ein Tochterunternehmen der Augsburger Lehmbaugruppe. Mittlerweile betreut die Kompass Drogenhilfe in 7 Einrichtungen in Schwaben mit rund 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene sowie Frauen und Männer mit einer Suchtproblematik.

Leitlinien
Erklärtes Ziel der Kompass Drogenhilfe ist es, Menschen auf ihrem Weg in ein erfülltes, suchtmittelfreies und selbstbestimmtes Leben zu begleiten. Mit den vielfältigen und sich ergänzenden Behandlungsangeboten ermöglicht Kompass Drogenhilfe den Rehabilitanden nachhaltig eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und eine Integration in den Arbeitsmarkt. Kompass Drogenhilfe steht für Abstinenzorientierung und zeichnet sich durch ein gutes und tragfähiges internes und externes Netzwerk aus.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Werdegang der Einrichtung
2006 erhielt der Münchner Verein Condrobs e.V. die Anerkennung der Deutschen Rentenversicherung Schwaben für die ganztägige und berufsbegleitende ambulante Rehabilitation in Augsburg für alle stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen. Im Jahre 2011 wurde die Rehabilitationseinrichtung am Klinkerberg in Augsburg eröffnet. Mit Wirkung vom 1. Juli 2013 ging im Rahmen eines Betriebsübergangs das Ambulante Zentrum Augsburg an die gemeinnützige Kompass Drogenhilfe GmbH in Augsburg über. Die ambulante Rehabilitationseinrichtung trägt den Namen *kompass.City Ambulantes Zentrum Augsburg* (*AZA*).

Einzugsbereich und Infrastruktur
Augsburg ist heute mit über 300.000 Einwohnern nach München und Nürnberg die drittgrößte Stadt in Bayern. Der Ballungsraum Augsburg steht bezüglich Bevölkerung und Wirtschaftskraft in Bayern ebenfalls an dritter Stelle und ist Teil der übergeordneten Planungsregion Augsburg, in der etwa 850.000 Menschen leben.
Die Einrichtung ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln sowie fußläufig hervorragend erreichbar. Eine Anfahrzeit von etwa einer Stunde wird vom Kostenträger akzeptiert, die damit verbundenen Fahrtkosten werden übernommen. Zum Einzugsgebiet gehört somit auch die Stadt München.
Die Suchtberatungsstellen der Drogenhilfe Schwaben und Caritas befinden sich in der unmittelbaren Umgebung unserer Einrichtung und sind fußläufig oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Die Entgiftungsstationen des BKH Augsburgs sind ebenfalls mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar.

Beschreibung der Räumlichkeiten
Die Räumlichkeiten des AZA befinden sich im 3. Stock eines Altbaus am Obstmarkt 5. Die Gesamtfläche des AZA beträgt 240 qm und umfasst Räume für Gruppentherapie, Einzeltherapie, Ergotherapie, sowie Küche und Essraum für Rehabilitanden und einen Fitnessraum mit Sauna. Ebenfalls befinden sich auf dieser Etage Büros für Mitarbeiter und Verwaltungskräfte.

Strukturelle, organisatorische und personelle Überschneidungen
Strukturelle, organisatorische und personelle Überschneidungen bestehen mit der stationären Rehabilitation von Kompass City in folgenden Bereichen:

- Personelle Überschneidungen auf Leitungsebene liegen in den Bereichen Einrichtungsleitung und ärztliche Leitung vor.

- Personelle Überschneidungen auf Mitarbeiterebene gibt es in den Bereichen Ernährungsberatung, Ergotherapie, Sporttherapie, Psychoedukation, Psychotherapie im Gruppen- und Einzelsetting, Ohr-Akupunktur nach dem NADA-Protokoll, Raucherentwöhnung, berufsbegleitende Rehabilitation und Reha-Nachsorge
- Gemeinsame Angebote für den stationären und ganztägig ambulanten Bereich sind: Informationsveranstaltungen zu Selbsthilfe- und Nachsorgeangeboten, Arztvorträge, Beruflich-Orientierte Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (BORA), Motivations- und Orientierungsgruppe (MOG), Raucherentwöhnung, psychoedukative Gruppenangebote und Angehörigenseminare.
- Der Fitness- und der Ergotherapieraum werden gemeinsam mit Rehabilitanden aus dem stationären Bereich genutzt.

Kostenträger
Federführender Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Schwaben. Seit 01.07.2012 wird die Einrichtung auch von den gesetzlichen Krankenkassen gemäß SGB V belegt. Seit 01.09.2016 ist die Deutschen Rentenversicherung Bund ebenfalls Leistungsträger des Ambulanten Zentrum Augsburg.

Zielgruppe
Im Ambulanten Zentrum Augsburg (AZA) können Menschen ab dem 18. Lebensjahr mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen aufgenommen werden (Alkoholabhängigkeit, Abhängigkeit von illegalen Drogen, Medikamentenabhängigkeit, Opiatabhängigkeit unter Substitution – nur ganztägig).

Behandlungsplätze
Das Ambulante Zentrum Augsburg (AZA) verfügt über jeweils 12 Behandlungsplätze im ganztägig ambulanten Bereich, der berufsbegleitenden Rehabilitation und in der Reha-Nachsorge

Besonderheiten der Einrichtung
Die relativ geringe Zahl an Behandlungsplätzen, sowie die Wohnortnähe der Einrichtung ermöglichen eine intensive Auseinandersetzung mit der individuellen Lebenssituation der Rehabilitanden, wie z. B. Vereinbarkeit von Elternschaft und Rehabilitation, Unterstützung bei Wohnungs-, Arbeitsplatz- und Praktikumssuche, Behördengängen, bei der gesellschaftlichen Wiedereingliederung nach suchtbedingter Isolation oder Haftentlassung. Bei chronisch Erkrankten sowie bei substituierten Rehabilitanden kann die externe fachärztliche Behandlung während der Rehabilitation problemlos fortgeführt werden.

Wochenstruktur
Die Rehabilitanden befinden sich von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.30 Uhr bis 16.00 Uhr sowie am Samstag von 09.00 Uhr bis 13.00 Uhr zur Behandlung in den Räumlichkeiten von Kompass City. Die angegebenen Zeiten sind für alle Rehabilitanden verbindlich (s. Anlage Wochenstrukturplan).
Die berufsbegleitende Rehabilitandengruppe, sowie die Reha-Nachsorgegruppe werden in den Abendstunden angeboten, so dass Berufstätige daran teilnehmen können.

4. Rehabilitationskonzept

4.1. Theorien und Modelle

Menschenbild

In Einklang mit den Grundannahmen der Humanistischen Psychologie ist der Mensch ein Wesen, welches nach Autonomie und sozialer Interdependenz trachtet. So strebt der Mensch einerseits danach, aktiv seine Entwicklung zu bestimmen, andererseits kann sich dieses Streben wiederum nur in der sozialen Realität, d. h. in der Gesellschaft und im engeren Sinne in der Lebenswelt des Individuums verwirklichen: „Nur ein Individuum, das für sich selbst verantwortlich ist, kann Verantwortung für die Gemeinschaft übernehmen“ (Völker 1980, S. 17). Handeln meint die Übereinstimmung des menschlichen Handelns mit dem Bewusstsein des Menschen und seinen Intentionen. Jeder Mensch ist ziel- und sinnorientiert. Das schließt auch mit ein „… die Suche nach Sinn und Erfüllung über die eigene Existenz hinaus“(Völker, 1980, S. 19). Spiritualität, Religiosität und Transzendenz sind auch wesenhafte Anlagen des Menschen, die diesen in sich selbst, der sozialen Gemeinschaft und im Ganzen einbinden.

Theorie der Suchterkrankung: Multikausales Modell

Theoretiker und Praktiker sind sich mittlerweile weitestgehend darüber einig, dass es nicht *eine* Ursache der Suchterkrankung geben kann. Auch Versuche, die Suchterkrankung auf eine Suchtpersönlichkeit zurück zu führen, haben sich als haltlos herausgestellt. *(z. B. Küfner, 1983)* Moderne Forschungsansätze gehen von einer Multikausalität der Suchterkrankung aus, d.h. von dem Zusammenkommen verschiedener Faktoren, die die Entstehung von Sucht bedingen. Modelle in diesem Sinne sind z. B. das sog. „Drei-Faktoren-Modell“ von Feuerlein (1989) oder das Ökologische Modell der Sucht von Tretter (1998).

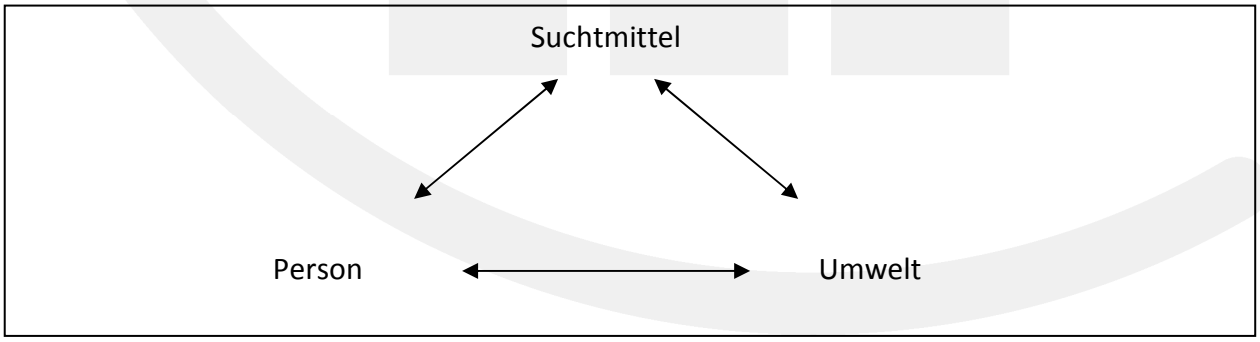


Abb.2: Das Drei-Faktoren-Modell der Sucht (Feuerlein, 1989)

Zu beachten ist dabei, dass die drei Faktoren Person, Umwelt und Droge nicht nur einseitig, sondern wechselseitig zueinander in Beziehung treten und somit in einem dynamischen Prozess vielfältige Verbindungen und Verflechtungen eingehen, die sich über die Zeit hinweg ständig modifizieren.

Wie Tretter *(2001, S. 61f.)* anmerkt, ist es hierbei nebensächlich, ob z. B. die „… genetische Ausstattung des Menschen die Empfindlichkeit gegenüber der sozialen Umwelt (Vulnerabilität) bestimmt oder ob sie die Defizite im Verhalten gegenüber der Umwelt verursacht.“ … „Mit anderen Worten gesagt wird die *unzulängliche Passung zwischen Merkmalen der Person und*

der Umwelt als Ursache von Spannungen angesehen, die durch den Drogenkonsum subjektiv gemindert werden. “ *(Tretter, a.a.O., S. 62)*

In dieses Metamodell der Suchtentstehung lassen sich nun die verschiedenen psychologischen, sozialwissenschaftlichen und neurobiologischen Theorien der Sucht integrieren. Unseres Erachtens ist dabei kennzeichnend, dass nicht eine Theorie als die „wahre“ oder „richtige“ anzusehen ist, sondern dass jede Theorie jeweils bestimmte Aspekte der Suchtentstehung beschreibt. In einem individuellen Behandlungsansatz mit hoher Effizienz und Qualität, wie wir ihn in unserer Einrichtung verfolgen, ist es notwendig, verschiedene therapeutische Ansatzpunkte zu begründen, von denen aus Veränderungen des Verhaltens und der Persönlichkeit möglich sind. Wir beschreiben hier daher die zentralen Theorien, aus denen wir die Behandlung und das Behandlungsangebot der ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtung ableiten.

Angesichts der zunehmenden Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankungen sowohl hinsichtlich ihrer Genese, ihrer Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und schließlich ihrer Prognose ist der ICD-10 durch das international Classification of Functioning (ICF) der WHO (2001) ergänzt worden.

Gegenstand des ICF sind nicht mehr vorrangig die Symptome einer Erkrankung (Komponenten Körperfunktion und Aktivität) sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag der Betroffenen (Komponente Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen). Entsprechend beschränkt sich das Ziel einer Behandlung auch nicht mehr auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen, dies ist bei chronischen Erkrankungen wie den Abhängigkeits-erkrankungen häufig nicht mehr möglich. Vielmehr richten sich die Behandlungsmaßnahmen darüber hinaus auf die Überwindung der durch eine Erkrankung entstehenden Beeinträchtigung des Betroffenen hinsichtlich seiner Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben.

Klinisch-psychologische Theorien

Das Behandlungskonzept des Ambulanten Zentrums integriert auf der Basis einer verhaltensmedizinischen Grundorientierung ausschließlich Behandlungsmethoden, die sich empirisch besonders bewährt haben und folgt damit den AWMF-Leitlinien.

Die Grundaussage der behavioralen Lerntheorie besteht darin, dass Verhalten, sei es gesund oder krank, sei es motorisch, kognitiv, physiologisch oder emotional, irgendwann einmal erlernt wurde. Das gilt so folgerichtig auch für das Suchtverhalten. Dabei steht das Modell des operanten Konditionierens *(Skinner, 1953)* im Vordergrund, welches davon ausgeht, das Verhalten, welches unmittelbar positive Konsequenzen nach sich zieht, in der Folge wiederholt wird, während Verhalten, welches unmittelbar negative Konsequenzen nach sich zieht, in der Folge vermieden wird. Ein als angenehm erlebter Rausch, die chemo-psychische Manipulation von (sozialer) Unsicherheit, Überforderung, Antriebslosigkeit, Reizüberflutung, die Wahrnehmung von Geselligkeit usw., alle diese (Erfolgs)-Erfahrungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Suchtmitteleinnahme. Auch dem sog. Modelllernen (*Bandura, 1976*, d. h. der Beobachtung und Nachahmung des Verhaltens einer attraktiven Person v. a. in Familie und Peergroup) kommt eine hohe Bedeutung bei den ersten Suchtmitteleinnahmen und beim weiteren Konsum- und Suchtverhalten zu. Schließlich können ursprünglich neutrale Reize in

Kombination mit der Droge auslösende Funktion erhalten und somit zum Auslöser von Rückfall und Suchtmittelkonsum werden (Klassische Konditionierung). Kognitive verhaltenstherapeutische Modelle (z. B. Beck, Ellis, Meichenbaum) betonen die Rolle von Erwartungen und Kognitionen sowohl bei der Genese als auch bei der Genesung psychischer Krankheiten.

Psychoanalytische Theorien der Suchtgenese stellen die frühkindliche Entwicklung ins Zentrum ihrer Betrachtung, v.a. in der Mutter-Kind-Beziehung. So wird die frühkindliche Phase bedeutsam für die Entstehung eines stabilen und ausgewogenen Selbst (Selbstwert und Selbstbild) wie auch für Entwicklung stabiler und ausgewogener Beziehungen zur Umwelt (Bild von anderen Personen, Umwelt). Treten in dieser Phase Beziehungsstörungen auf (z. B. in Form von Gewalt, Missbrauch, Abwesenheit, Überbehütung, Diffusität) so können dauerhafte Spaltungen in gute und böse Anteile des Selbst und der Beziehungen zur Umwelt entstehen.
Außerdem bleibt das – ersehnte oder vorhandene - symbiotische Verhältnis zum anderen als Wunsch nach Verschmelzung auch über das übliche Stadium der Entwicklung hinaus bestehen und kann eine dauerhafte Abhängigkeit zu anderen Personen begründen. Das Ich, welches als psychische Instanz für die Vermittlung mit der Realität und sozialen Beziehungen zuständig ist, ist überfordert (Ich-Schwäche).
Extreme, diffuse und schwer zu steuernde Unlustgefühle, welche in der Folge mit massiven Gefühlen der Verlassenheit, des Versagens, der Wut, der Verzweiflung und der Angst einhergehen, sind die Folge.

Durch den Konsum von Suchtmitteln kann der Betroffene die genannten Unlustgefühle derart manipulieren, dass kurzfristig positive Gefühle entstehen. Die erlebten Selbstwahrnehmungen werden narzisstisch erhöht, die Beziehungen zur Umwelt werden als symbiotisch verschmolzen und angenehm erlebt, auch und gerade, wenn diese tatsächlich immer weiter gestört werden. Nach Nachlassen der Suchtmittelwirkung kommen jedoch wieder die Unlustgefühle auf und das Bedürfnis nach Verschmelzung entsteht erneut. In dem Teufelskreis aus Suchtmitteleinnahme, erlebter Verschmelzung, Wahrnehmung gestörter Beziehung zu sich selbst und zur Umwelt, weiterem Bedürfnis nach Verschmelzung und schließlich Suchtmitteleinnahme entsteht dann schließlich nach und nach die Suchtmittelabhängigkeit.

Den Aspekt der – realen - Beziehungsstörung möchten wir noch einmal besonders betonen, da wir ihn an zentraler Stelle in unserem Krankheitsverständnis von Sucht ansiedeln.

Nach psychodramatischer Sichtweise zeigt der Süchtige Auffälligkeiten in der Beziehungsgestaltung. Vor allem regelt er das Nähe-Distanz-Verhältnis nicht adäquat und hat starke Abweichungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Weiterhin besteht eine Störung in der Rollen- und Identitätsentwicklung.

Insgesamt gesehen nehmen in unserem Krankheitsverständnis der Sucht Beziehungsstörungen eine zentrale Rolle ein. Frühkindliche Beziehungsstörungen und Störungen in der Rollenentwicklung können die Grundlage für eine spätere Suchtentwicklung sein. In realen Beziehungen vermeidet der Süchtige notwendige negative Konsequenzen, die eine differenziertere, realistische Beziehungsstruktur ermöglichen würden und zieht den kurzfristigen Erfolg einer unmittelbaren Belohnung (Suchtmitteleinnahme) vor. Aus Gründen der Selbstunsicherheit und mangelnder sozialer Kompetenz ringt er um die Macht,

Beziehungen zu definieren. Er zeigt eine Maske seines Selbst oder verhält sich, wie er meint, dass der andere ihn sehen möchte. In seiner Selbstwahrnehmung und in der Fremdwahrnehmung sind starke Abweichungen vorhanden.

Sozialwissenschaftliche Modelle
Wir erweitern unser Krankheitsverständnis von Sucht um sozialwissenschaftliche Modelle, die die Schutz- und Risikofaktoren der Suchtentwicklung untersuchen. Hierbei beziehen wir uns auf Tretter (2001), der verschiedene soziale Ebenen sowie spezifische suchtmittelbezogene Faktoren und unspezifische Faktoren unterscheidet.

Auf der makrosozialen Ebene nennt Tretter unspezifische Faktoren wie Leistung, Konsum und Erlebnis. Auf der mesozialen Ebene ergibt ein Vergleich zwischen verschiedenen Städten, dass sich z. B. eine florierende Wirtschaft, eine geringe Arbeitslosenrate sowie eine weite Entfernung zu Drogenzentren und Verkehrsknotenpunkten als Schutzfaktor herausstellen.

Auf der mikrosozialen Ebene wirken sich positiv aus: eine harmonische Beziehung der Eltern sowie der „modellhafte, vorbildliche Umgang der Eltern mit psychoaktiven Stoffen jeder Art“ *(Tretter, 2001, S. 49)*. Extrem zurückweisende, wie auch extrem permissive Erziehungsstile wirken ebenso wie die aus der Familientherapie bekannten“ „Aufträge“ als Risikofaktoren. Besonders bedeutsam sind außerdem mögliche co-abhängige Bezugspersonen in den sozialen Systemen Familie, Arbeit, Freizeit, die als „Verstärkungs- und Stabilisierungsfaktoren der Sucht“ wirken. Darüber hinaus bringen verschiedene Berufe (z. B. alkohol- oder drogennahe Berufe in Produktion, Vertrieb oder Verkauf) höhere Risiken mit sich als andere. Das gleiche gilt für den Freizeitbereich, wo es z. B. (Sport-)Vereine mit ausgeprägter Trink-„Kultur“ gibt und solche, die Wert auf Abstinenz oder moderaten Konsum legen.

In einer ambulanten Behandlung ist die Betrachtung sozialwissenschaftlicher Risiko- und Schutzfaktoren der Sucht für den Therapieprozess von besonderer Bedeutung, da sich die Behandlung im Rahmen der unmittelbaren Lebenswelt des/der Süchtigen abspielt und Personen aus diesem unmittelbar mit einbezieht.

4.2. Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen, Substitutionsgestützte Rehabilitation

Grundlage der Indikations- bzw. der Diagnosestellung ist der Abhängigkeitsbegriff, wie er in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10-GM), F 1x Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ unter der Kodierung „F 1x.2 Abhängigkeitssyndrom“ beschrieben ist.

„Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren.“ (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Hrsg.: Dilling u.a., S.92 ff)

Indikationen
Die ganztägig und die berufsbegleitende ambulante Rehabilitation eignen sich grundsätzlich für Rehabilitanden mit einem Abhängigkeitssyndrom durch:

- Alkohol (ICD-10 F 10.2)
- Opioide (ICD-10 F 11.2)
- Opioide bei Opiatsubstitution (ICD-10 Z 51.83)
- Cannabinoide (ICD-10 F 12.2)
- Sedativa oder Hypnotika (ICD-10 F 13.2)
- Kokain (ICD-10 F 14.2)
- Stimulantien (ICD-10 F 15.2)
- Halluzinogene (ICD-10 F 16.2) oder
- multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen; Abhängigkeit von Arzneimitteln (ICD-10 F 19.2)

Eine Behandlung im Rahmen der ganztägig ambulanten Rehabilitation ist indiziert, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es liegt eine Abhängigkeitserkrankung entsprechend der unter 4.2 aufgeführten Diagnosen vor.
- Die zu behandelnden Rehabilitanden sind mindestens 18 Jahre alt.
- Die Rehabilitanden sind in der Lage eigenverantwortlich am Rehabilitationsprogramm teilzunehmen und verfügen über die Fähigkeit behandlungsfreie Zeiten abstinent zu überbrücken.
- Eine günstige Prognose hinsichtlich eines positiven Behandlungsverlaufs liegt vor.
- Der Rehabilitand hat einen festen Wohnsitz und führt weitgehend stabile familiäre, partnerschaftliche Beziehungen.
- Der Rehabilitand ist ausreichend mobil, um das Ambulante Zentrum Augsburg an den Behandlungstagen innerhalb von 60 Minuten zu erreichen.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur Teilnahme und Einhaltung der Regularien der ganztägig ambulanten Rehabilitation vorhanden ist.
- Vor Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung kann eine stationäre Entgiftung erforderlich sein. Am Tage der Aufnahme ist die aktuelle Substanzfreiheit anhand eines Drogenscreenings / Alkoholkontrolle nachzuweisen.
- Bei opiatabhängigen Rehabilitanden, die substituiert sind, muss eine Beikonsumfreiheit vor Beginn der Rehabilitation nachgewiesen werden.
- Eine gültige Kostenzusage muss vorliegen (formale Voraussetzungen).

Für die berufsbegleitende Rehabilitation gilt:

- Eine berufliche Integration ist möglichst noch vorhanden oder ähnliche tagesstrukturierende Maßnahmen, wie z. B. Schulbesuch, berufliche Integrationskurse etc. sind gegeben.

Komorbiditätsstörungen
Folgende psychische Komorbiditätsstörungen können u.a. mitbehandelt werden:

- Depressionen (F 32/33/34.x (ohne psychotische Symptomatik) nach ICD-10)
- Angst- und Zwangserkrankungen (F 40.x, F 41.x, F 42.x, F 43.x nach ICD-10)
- Persönlichkeitsstörungen (F 60.x nach ICD-10)
- Nikotinabhängigkeit (F 17.1, F 17.2x nach ICD-10)
- Pathologisches Spielen (F 63.0 nach ICD-10)

Kontraindikationen
Rehabilitanden mit folgenden Erkrankungen können nicht behandelt werden:

- Erkrankungen mit Pflegebedürftigkeit
- akute psychotische Störungen
- akute Suizidalität
- schwere hirnorganische Störungen

Substitutionsgestützte Entwöhnungsbehandlung
Beim Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch Opioide nach ICD-10-GM besteht auch unter Substitution (Z 51.83) eine Rehabilitationsbedürftigkeit. Substituierte können bei Einsatz von einem Substitutionsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger ambulante Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie nach den BUB-Richtlinien substituiert werden und eine positive Prognose hinsichtlich der Rehabilitationsziele zu erwarten ist.

Die 2011 anfänglich als Modellprojekt eingeführte substitutionsgestützte Rehabilitation begann mit der Zielsetzung der Ausschleichung des Substitutes während der rehabilitativen Maßnahme. Dies hat sich im Laufe der Zeit als nicht praktikabel erwiesen. In Vereinbarung mit dem Kostenträger (DRV-Schwaben) wurde die therapeutische Indikation dahingehend erweitert, dass neben dem Ausschleichen des Substitutes auch eine Stabilisierung psychosozialer und medizinischer Faktoren bei Aufrechterhaltung der Substitution als Zugangangsvoraussetzung für die ganztägig ambulante Rehabilitation gilt.

Für die ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung bei Einsatz eines Substitutionsmittels muss ebenfalls Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose gegeben sein. In der Anlage 4 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 sind die Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels i. S. d. BUB-Richtlinien dokumentiert. Voraussetzung für die Aufnahme in

die substitutionsgestützte Entwöhnungsbehandlung ist der Nachweis einer Beikonsumfreiheit vor Aufnahme der Rehabilitation.

Die Federführung der Substitution liegt während des gesamten Behandlungszeitraums bei dem behandelnden Substitutionsarzt. Die Vergabe der Medikamente zur Substitution erfolgt ausschließlich durch die entsprechende Einrichtung, wie z. B. die Substitutionsambulanz bzw. Praxis. In der Rehabilitationseinrichtung werden keine Betäubungsmittel vorgehalten.

Eine Veränderung der Dosierung des Substitutionsmittels während der Behandlung erfolgt durch die behandelnden Substitutionsärzte in Kooperation mit der med. Leitung der Behandlungsstätte. Es besteht die Möglichkeit, einen schon vor der Aufnahme in die Rehabilitation bestehenden Reduktionsplan weiterzuführen. Aufgrund einer besseren Verträglichkeit und Compliance kann die Umstellung von einem Substitutionsmittel auf ein anderes Substitutionsmittel durchgeführt werden (z. B. die Umstellung von Methadon bzw. Polamidon auf Buprenorphin).

4.3. Rehabilitationsziele

Analog dem bio-psycho-sozialen Modell werden mit den Rehabilitanden gemeinsam in der ersten Therapiephase die Rehabilitationsziele entwickelt. Hierbei hat der für die medizinische Rehabilitation verantwortliche Arzt den maßgeblichen Entscheidungsauftrag. Angesichts der zunehmenden Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankungen hinsichtlich Genese, Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und Prognose ist der ICD-10 durch das International Classification of Functioning (ICF) der WHO (2001) ergänzt worden. Gegenstand des ICF sind nicht mehr vorrangig die Symptome einer Erkrankung (Komponenten Körperfunktion und Aktivität) sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag der Betroffenen (Komponente Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen). Entsprechend richtet sich die Behandlung nicht nur auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen, sondern auch auf die Überwindung der durch eine Suchterkrankung entstehenden Beeinträchtigungen hinsichtlich der Teilhabe am Arbeits- und gesellschaftlichen Leben.

Medizinische Zielsetzung
Um die Therapieziele (insbesondere Verbesserung des gesundheitlichen Zustands und Wiederherstellung bzw. Absicherung der Erwerbsfähigkeit) zu erreichen, werden vom Arzt die Schritte der medizinischen Betreuung festgelegt.

Allgemeine psychotherapeutische Zielsetzung
Rehabilitationsziele ergeben sich aus dem Störungsbild der Suchterkrankungen, definiert durch die ICD 10-GM; den Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe nach der ICF; den möglicherweise vorliegenden komorbiden Störungen der Rehabilitanden. Folgende Rehabilitationsziele sind dementsprechend für die Behandlung relevant:

- Entwicklung und Förderung von Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation,
- Verbesserung des Wissenstandes der Rehabilitanden über das Krankheitsmodell der Suchterkrankung im Sinne einer physischen Erkrankung sowie der Differenzierung von auslösenden, aufrechterhaltenden und reduzierenden Bedingungen der Symptomatik,
- Verbesserung eines biografischen Verständnisses der Suchtentwicklung,

- Eruierung von Belastungs- und Resilienzfaktoren,
- Umgang mit Craving, äußeren wie intrapersonalen Risikosituationen (Ablehnungsstrategien, Klärung der Kontakte zu konsumierenden Bekannten/Familienmitgliedern, Umgang mit negativen, positiven Emotionen sowie Umgang mit verzerrten Kontrollüberzeugungen)
- Aufklärung über Suchtfolgeerkrankungen,
- Entwicklung eines Verständnisses der Rehabilitanden über die Auswirkungen von Krankheits- und abstinentem Verhalten auf die Beziehungsgestaltung in Partner- und Elternschaft,
- Wiederherstellung einer beruflichen Perspektive und bedarfsweise Einleitung der Wiedereingliederung in die Berufstätigkeit; Wiederherstellung, Absicherung der Arbeitsfähigkeit;
- Verbesserung der Compliance bezüglich Nachsorge oder sonstigen weiterführenden Maßnahmen,
- Verbesserung von Selbstmanagement und Selbststrukturierung,
- Verbesserung der emotionalen Selbstregulation, insbesondere Verbesserung von Frustration- und Ambiguitätsstoleranz
- Aufbau von Handlungskompetenzen, mittel- und langfristige Zielverfolgung
- Abbau von Scham und selbstwertschädlichen Einstellungen
- Abbau suchtspezifischer kognitiver und motivationaler Verzerrungen, wie Alles oder Nichts Denken, externalisierende Attribtutionsstile, sprunghafte Aufmerksamkeitssteuerung, Ablehnung aversiver Zustände
- Stärkung und Differenzierung von Selbstwahrnehmung
- Verbesserung von ausstiegsorientierten Einstellungen und Verhaltensweisen während eines Rückfalls
- Erlebnisaktivierung, proaktive Lebensgestaltung und Persönlichkeitsentfaltung
- Aufbau positiver Erfahrungen und Sinnhaftigkeit
- Abklärung komorbider Störungen, Psychoedukation bezüglicher assoziierter Störungsbilder und funktionaler Zusammenhänge
- Aufbau von Interessen, Hobbys und aktiver Freizeitgestaltung

4.4. Rehabilitationsdauer

Die Regelbehandlungszeit der ganztägig ambulanten Rehabilitation beträgt

- bei Drogenabhängigkeit (auch unter Substitution) 20 Wochen,
- bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit 12 Wochen.

Sind die Behandlungsziele nicht vollständig erreicht oder treten im Behandlungsverlauf schwerwiegende Krisen auf, kann die Regelbehandlungszeit in Absprache mit dem Rehabilitanden verlängert werden.

Eine Verkürzung des bewilligten Behandlungszeitraums kann dann erfolgen, wenn die Rehabilitanden ihre Therapieziele erreicht haben und eine ambulante Nachsorge oder Weiterbehandlung ausreichend erscheinen.
Die Überprüfung der Therapieziele findet in den regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen mit dem therapeutischen Team und der ärztlichen Leitung statt.

Die Behandlungszeit in der berufsbegleitenden Rehabilitation beträgt 26 Wochen, mit 40 Therapieeinheiten. Bei entsprechender Indikation ist diese bis auf 1,5 Jahre verlängerbar (bis zu 120 Therapieeinheiten).
Die Behandlungsdauer in der Reha-Nachsorge beträgt ebenfalle 26 Wochen mit 20 Therapieeinheiten, diese kann ebenfalls auf bis zu 1,5 Jahren verlängert werden (60 Therapieeinheiten).

4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung

Nach dem Abschluss der Eingangsdiagnostik entwickeln die Bezugstherapeuten gemeinsam mit den Rehabilitanden den Behandlungsplan, der sich aus der Formulierung langfristiger Ziele und zeitlich näher liegender Zwischenziele zusammensetzt. Diese Therapieziele und der daraus abgeleitete Behandlungsplan werden in der Fallbesprechung unter Leitung des Arztes besprochen und abgestimmt. Der Therapieplan enthält modulare Bausteine hinsichtlich Methoden und Maßnahmen zur Erreichung der Ziele. Die Bezugstherapeuten integrieren dabei verantwortlich die fachliche Einschätzung der am Behandlungsprozess beteiligten multiprofessionellen Fachkräfte. Diagnostik und Behandlungsplanung sind als adaptive Prozesse zu verstehen, die während des Rehabilitationsverlaufes modifiziert werden können.

4.6. Rehabilitationsprogramm

Die Unterteilung in Therapiephasen innerhalb des Ambulanten Zentrums würdigt den Prozessgedanken eines idealtypischen Behandlungsverlaufs. *(Vgl. Mustertherapieverlauf)* Dieser ist unterteilt in eine Eingangsphase, eine Intensivphase und eine Abschlussphase. Die tatsächliche Dauer der einzelnen Phasen richtet sich letztlich nach dem individuellen Bedarf der Rehabilitanden sowie der bewilligten Behandlungsdauer.

Eingangsphase
Die Eingangsphase dauert bis zu 2 Wochen und ermöglicht dem Rehabilitanden, sich mit dem Behandlungsprogramm, der Struktur der Einrichtung, dem zuständigen Fachpersonal und mit den Mitrehabilitanden vertraut zu machen. In dieser Phase vereinbaren Rehabilitand und Bezugstherapeut einen individuellen Ziel- und Behandlungsplan. In der Eingangsphase werden die Aufnahmeuntersuchung und die Eingangsdiagnostik durchgeführt. Ebenfalls wird der Behandlungsplan unter Verantwortung des ärztlichen Leiters erstellt. Dabei werden die Rehabilitanden in alle Absprachen miteinbezogen.

Intensivphase
Die Intensivphase, die zentrale Therapiephase, findet zwischen der zweiten und zehnten bzw. sechzehnten Woche statt, in der berufsbegleitenden Rehabilitation entsprechend länger (bis zur 22. Woche). Der Ablauf ist abhängig von dem individuell festgelegten Behandlungsplan und der vorgegebenen Behandlungsdauer, für alle Rehabilitanden existiert eine verbindliche Behandlungsstruktur.

Prozessdiagnostisch werden Fortschritte hinsichtlich therapeutischer Ziele überprüft. Im Bedarfsfall wird eine Anpassung des Therapieplans unter Beteiligung der Rehabilitanden vorgenommen. Sind die formulierten Therapieziele ausreichend umgesetzt, kann der Wechsel in die Abschlussphase stattfinden. Spätestens zum Ende der Intensivphase können externe Arbeitserprobungen vereinbart werden. Hier werden auch erste Überlegungen in Hinblick auf nachsorgende Maßnahmen angestrengt. Zum Ende der Intensivphase beraten die Bezugstherapeuten mit dem leitenden Arzt und dem Team des Ambulanten Zentrums gegebenenfalls über eine Verlängerung oder Verkürzung der Behandlung.

Abschluss- und Übergangsphase
Die Abschluss- und Übergangsphase umfasst in etwa den Zeitraum der letzten zwei bis vier Behandlungswochen. In dieser Phase steht das Abschiednehmen von den (Bezugs-)Therapeuten und den Mitrehabilitanden, die Intensivierung der schon geknüpften externen Kontakte sowohl in den Hilfesystemen (v.a. Nachsorge) als auch in den sozialen, schulisch-beruflichen, kulturellen und Freizeitsystemen inhaltlich im Vordergrund. In der Gruppentherapiesitzung reflektiert der Rehabilitand abschließend den Rehabilitationsprozess, die Mitrehabilitanden und der beisitzende Therapeut geben Rückmeldungen. Ein standardisierter Rehabilitandenbefragungsbogen gibt Auskunft über den Verlauf, die erreichten Ziele, sowie über die Zufriedenheit mit der Einrichtung, den Angeboten und dem Fachpersonal der Einrichtung.

4.7. Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Am Tag der Aufnahme wird der Rehabilitand von einem Bezugstherapeuten über die Abläufe, Regeln und Inhalte der Behandlung informiert, dies wird abschließend in einem schriftlichen Vertrag festgehalten. Der Rehabilitand erhält zudem von der Einrichtung einen Therapieordner, der alle wichtigen Informationen, Fragebögen und Therapiematerial beinhaltet. Ebenso werden am ersten Rehabilitationstag die Aufnahmeformalitäten durch die Verwaltungskraft geklärt. Innerhalb der ersten drei Tage wird ärztlicherseits der vollständige somatische und psychiatrische Status erhoben, sowie der psychologische Befund durch den Psychologischen Psychotherapeuten.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die Rehabilitationsdiagnostik erfolgt auf Grundlage eines bio-psycho-sozialen Ansatzes als Status- und Prozessdiagnostik und setzt sich zusammen aus:

- der Diagnostik des Arztes im neurologischen, psychiatrischen und somatischen Bereich
- der Diagnostik des Psychologen durch testdiagnostische Verfahren (wie SCL-90 R, BDI, PSSI, FPI, ICF), sowie teilstandardisierter Interviews.
- der Sozial-, Sucht- und Familienanamnese durch die Diplom-Sozialpädagogen
- Berufsanamnese durch die Ergotherapeuten
- Funktionale Diagnostik durch den Sporttherapeuten
- Erstgespräch zu Ernährungsgewohnheiten durch den Diätassistenten

Ein wesentliches Ziel der Rehabilitation ist die Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit. Eine arbeitsbezogene Leistungsdiagnostik gibt Aufschluss über Stärken und Schwächen, Barrieren und Förderfaktoren der Rehabilitanden. Im Bedarfsfall werden bereits während der medizinischen Rehabilitation weiterführende Ziele zur Förderung der beruflichen (Re)Integration verfolgt. Hierbei ist die frühzeitige Zusammenarbeit mit den zuständigen Leistungsträgern (Agenturen für Arbeit, Arbeitsgemeinschaften, Krankenversicherungen, Rentenversicherungsträger) von Bedeutung, damit entsprechende Perspektiven entwickelt und Schritte für die Zeit nach der Entwöhnungsbehandlung eingeleitet werden können. Gegebenenfalls sind im Anschluss an die medizinische Rehabilitation auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich.

4.7.3 Medizinische Therapie

Der Behandlungsprozess wird ärztlich verantwortet und geleitet. Die Ärzte der Einrichtung erstellen in fortlaufenden gemeinsamen Fallbesprechungen zusammen mit dem Behandlungsteam die Therapieplanung für die jeweiligen Rehabilitanden. Während der gesamten Behandlungsdauer ist eine medizinische Betreuung gewährleistet.

Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung
In den ersten drei Tagen zu Beginn und innerhalb der letzten drei Tage zum Ende der Rehabilitation werden die Aufnahme- und Abschlussuntersuchung sowie die sozialmedizinische Beurteilung durch die Leitenden Ärzte durchgeführt. Zwischenuntersuchungen finden bei der Behandlung von substituierten Rehabilitanden, sowie bei Verlängerungsanträgen und Anträgen auf Veränderung der Leistungsform statt.

Sprechstunde und Visite
Die ärztlichen Sprechstunden werden an mehreren Tagen in der Woche angeboten, zusätzlich können die Rehabilitanden bei Bedarf Termine vereinbaren. Darüber hinaus finden regelmäßige Visiten statt, um den medizinischen Fortgang der Behandlung verantwortlich zu begleiten.

Behandlung
Basierend auf den jeweiligen fachspezifischen Eingangsuntersuchungen besprechen die Ärzte im multiprofessionellen Team Behandlungsziele und -methoden im (sozial)-medizinischen Sinn und leiten diese ein. Differentialdiagnostisch findet die Abklärung eventueller somatischer, neurologischer und/oder psychiatrischer Erkrankungen statt. Diese Abklärung ist die Grundlage für die Entscheidung, welche Behandlungen innerhalb oder außerhalb der Einrichtung durch externe Fachärzte oder in Krankenhäusern durchgeführt werden. Im Sinne einer möglichst lebensweltnahen medizinischen Versorgung und Behandlung kooperieren die Ärzte des Ambulanten Zentrums mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten im Sinne eines Gesamtbehandlungsplans.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzelgespräche und Gruppenangebote und andere Gruppenangebote

Einzelpsychotherapie
Die Rehabilitanden haben über die Dauer der gesamten Behandlung Anspruch auf wöchentliche Einzeltherapiesitzungen. Hier geht es um die Aufdeckung und das Durcharbeiten des Stellenwertes der Suchterkrankung im Lebenszusammenhang des Betroffenen, um so das

Herauswachsen aus der Abhängigkeit zu ermöglichen. Wesentliche Inhalte der Therapie sind u.a. die Verhaltensanalyse von Konsummustern, der Umgang mit/oder die Vermeidung von rückfallgefährdenden Situationen, die Gestaltung eines abstinenten sozialen Umfelds, die Erhöhung der Frustrations- und Ambiguitätstoleranz, der Umgang mit Craving, die Förderung von Empathie. Darüber hinaus werden mit den Rehabilitanden Möglichkeiten der Veränderung komorbider Symptomatiken besprochen und entsprechende Interventionen in den therapeutischen Prozess mit einbezogen. Die Rehabilitanden werden angeregt, andere kognitive und emotionale Bewertungsstrategien auszuprobieren und dabei offen zu sein für neue Erfahrungen.

Psychotherapeutische Gruppen

Die therapeutische Gruppe ist für bis zu 12 Rehabilitanden konzipiert, und wird von einem oder zwei Therapeuten geleitet. Der Gruppentherapie kommt in der psychotherapeutischen Konzeption eine zentrale Rolle zu. Hier erleben sich die Rehabilitanden in den Auswirkungen ihrer interaktionellen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die Gruppe dient der Solidaritätserfahrung, dem Lernen am Modell, dem Abbau von Scham, der Überwindung von Verheimlichungs-tendenzen, der Überprüfung von Selbst- und Fremdbild, der Verbesserung sozialer Fähigkeiten. Rehabilitanden können hier dysfunktionale Verhaltensmuster identifizieren und neue Bewältigungsstrategien. Sie erfahren im Austausch mit anderen Gruppenteilnehmern neue und alternative Handlungsangebote. Feedbackprozesse der Gruppe festigen das Verhalten und fördern die Identitätsbildung.

Edukative Gruppen

Die (psycho-) edukativen Gruppen sind kognitiv- verhaltenstherapeutisch angelegt (s. Petry J., 1996, Franke P. & Schildberg F., 2004) und bieten dem Rehabilitanden die Möglichkeit der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema Suchtmittelabhängigkeit. Umgesetzt wird dieser Bereich durch ein Rückfallpräventionstraining (RPT, nach Klos und Görgen 2009). Hierbei werden den Rehabilitanden grundlegende Annahmen zur Abhängigkeitsentwicklung, dem Aufbau von Veränderungsmotivation sowie dem Verständnis von Rückfälligkeit vermittelt. Die einzelnen Module bauen thematisch aufeinander auf. Weitere themenzentrierte Gruppenangebote finden zu folgenden Inhalten statt: psychische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen, Traumatisierung und Auswirkung auf die Suchtentwicklung, chronischer Schmerz. Die Therapieneueinsteiger sind in den ersten drei Wochen zur Teilnahme an einer Motivierungs- und Orientierungsgruppe (MOG) verpflichtet. Zudem werden psychoedukative Gruppen zu verschiedenen, suchtrelevanten Störungsbildern (wie z. B. Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen) angeboten.

Geschlechtsspezifische Gruppen

Den besonderen Belangen süchtiger Frauen und Männer wird mit geschlechtsspezifischen Gruppen Rechnung getragen. Hier können Frauen und Männer ihre Geschlechterrollen reflektieren und wechselseitige Solidarität erleben. Beziehungsverhaltensmuster innerhalb und außerhalb der Einrichtung und in der eigenen Lebensgeschichte können in diesem Schutzraum beleuchtet werden, neue Möglichkeiten zur Abgrenzung, Selbstbehauptung und Kontaktaufnahme erarbeitet werden. Männer- und Frauengruppen werden entsprechend von einem männlichen Therapeuten bzw. einer weiblichen Therapeutin geleitet.

Rauchfrei - Programm
Das Konzept bzw. die Durchführung des Rauchfrei-Programms, basiert auf einer einwöchigen Fortbildung und den Unterlagen des IFT-Münchens. Das Konzept wurde 1970 mit dem Namen „Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in 10 Wochen“ durch das MPI München (Prof. J. C. Brengelmann) für die BZgA entworfen. Seit 1990 wird es vom IFT München betreut. 2003/4 war die letzte Evaluation. 2005-2007 wurde dann das Rauchfrei Programm entwickelt.
Es gibt zu Anfang eine verpflichtende Informationsveranstaltung für alle Rehabilitanden. Dort wird das Programm vorgestellt und Informationen zur Nikotinabhängigkeit vermittelt.
Danach können die Rehabilitanden an einem Kurs, bestehend aus 6 Einheiten und 2 Motivationstreffen, teilnehmen.

4.7.5 Arbeitsbezogene Maßnahmen

Die Bezeichnung „Ergotherapie“ fasst die therapeutischen Bereiche von “Beschäftigungstherapie“, also den kreativen Bereich und „Arbeitstherapie“, der alle Bereiche handwerklichen Arbeitens unter möglichst realistischen Anforderungen umfasst, zusammen.
Wenn wir hier im Konzept von „Ergotherapie“ sprechen, dann meinen wir den Kreativbereich, die sogenannte Beschäftigungstherapie. Sprechen wir von „Arbeitstherapie“, dann ist damit das Tätigwerden, wie Hauswirtschaft (Kochen für die Gemeinschaft, Reinigung der Therapieräume) gemeint. Diese Unterscheidung ist von Bedeutung, da die Anforderungen und auch die therapeutischen Möglichkeiten doch durchaus in einigen Punkten unterschiedlich sind und auf die individuellen Fähig- und Fertigkeiten der einzelnen Rehabilitanden eingehen.

Diagnostik Ergotherapie
Die Rehabilitanden, führen in der ersten Woche ein Anamnesegespräch mit der Ergotherapeutin, welches in einem Anamnesebogen festgehalten wird. Dieser Anamnesebogen ist angelehnt an die Suchtanamnese aus dem Buch Ergotherapie mit suchtkranken Menschen (Quelle: 1. Auflage 2005, Schulz Kirchner Verlag; Autor: Regine Wilms) und befasst sich mit verschiedene Bereichen, wie z. B. Fragen zur Person, Schul-/ Berufsausbildung, Beruflicher Werdegang, Kompetenzen/ Fähigkeiten, Hobbies.
Zudem wird den Rehabilitanden ein Bogen mit möglichen ergotherapeutischen Zielen ausgehändigt, den sie innerhalb von 7 Tagen ausfüllen und bei der Ergotherapeutin abgeben.
Diese werden dann mit dem Rehabilitanden besprochen.
Ebenso wird herausgefiltert ob der einzelne Rehabilitand für das BORA Screening in Frage kommt.

Diagnostik, BORA Schulung
Die Rehabilitanden, durchlaufen bevor sie an der BORA Schulung teilnehmen zwei Screeningverfahren, das Würzburger Screening und AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster; ein Instrument zur interventionsbezogenen Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens).
Dadurch wird festgestellt, ob der Rehabilitand geeignet oder nicht geeignet ist für die BORA Schulung. Diese Screeningverfahren findet ebenfalls in der ersten Woche statt und werden von der Ergotherapeutin durchgeführt.
Aus dieser Notwendigkeit heraus wurde bei Kompass übergreifend für die stationären und ambulanten Rehaeinrichtungen ein BORA-Konzept (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) erstellt, welches diesen Ansatz theoretisch und praktisch begleitet.

Zielgruppe

Zielgruppen sind Rehabilitanden mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen. Diese äußern sich unter anderem durch

- lange beziehungsweise häufige Fehlzeiten,
- eine negative subjektive Prognose hinsichtlich der eigenen beruflichen Zukunft,
- drohenden Arbeitsplatzverlust,
- Arbeitslosigkeit,
- eine sozialmedizinische Notwendigkeit der beruflichen Veränderungen.

Die BORA Schulung ist für Rehabilitanden, die in die Zielgruppe fallen Pflicht und gehört fest mit zum Therapieprogramm der Einrichtungen.

Ablauf/ Inhalte

Der BORA Kurs besteht aus 6 Terminen á 7 Stunden pro Tag, die auf drei nicht zusammenhängenden Wochen aufgeteilt sind. Geleitet wird dieser Kurs von einem ausgebildeten Jobcoach vom Berufs Bildungszentrum Augsburg (BBZ).

In diesen Schulungen geht es um Motivationsförderung und Selbstmanagement, Beratung und Entwicklung zu einer beruflichen Perspektive und einer Berufsklärung, sowie einem sozialen Kompetenztraining in der Gruppe, EDV Grundlagen und Bewerbungstraining. Darüber hinaus werden die Praktikumssuche und die Grundlagen eines Bewerbungsgespräches angeleitet, mit dem Ziel einen Praktikumsbereich zu finden und letztendlich ein Praktikum durchzuführen.

Ziel:

Am Ende dieses Kurses haben die Rehabilitanden eine persönliche Schulung hinsichtlich ihrer Erwerbsfähigkeit erhalten und eine vollständige Bewerbungsmappe, die auf einem USB Stick gespeichert und ausgehändigt wird, inkl. ihrer persönlichen Bewerbungsfotos digital und im Papierformat. Eine weitere Zielsetzung ist, dass die Rehabilitandinnen ein Praktikum absolviert oder einen Praktikumsplatz oder sogar eine Arbeitsstelle haben, die sie nach dieser Schulung, bzw. der Therapie antreten können.

Das Konzept zur beruflichen Wiedereingliederung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation besteht sowohl aus internen, externen und modularen Leistungen, welche im Rahmen der Schulungen, der Kreativ-, Arbeits- und Ergotherapie erbracht werden. Ebenso werden zusammen mit dem Rehabilitanden auf dem Weg zurück in das Berufsleben in allen therapeutischen Fachbereichen Perspektiven zur Erwerbstätigkeit erarbeitet.

Ergotherapeutische Angebote

- stützende und strukturierende Techniken handwerklicher Art, z. B. Speckstein, Peddigrohr, Holzarbeiten, Lederarbeiten etc.
- freies kreatives Gestalten, z. B. Seidenmalerei, Keilrahmarbeiten etc.
- lebenspraktische Übungen (AEDL)/ kulturelle Angebote, z. B. Einkaufstraining (in Verbindung mit der Diätassistentin), Stadionbesuch (Fußball), Stadtrundgänge
- Angebote und Anregungen zur selbstständigen Freizeitgestaltung, z. B. Ausflüge, Hobbyfindung, (auch in Verbindung mit unserem Sportlehrer)
- Hirnleistungstraining, z. B. Rommé, Kreuzworträtsel, etc.
- Realitätsorientierte Trainingsangebote (ROT) z. B. Hauswirtschaft (Kochen für die Rehabilitandengruppe, Reinigung der Therapieräume), Projektarbeiten

Die externe Belastungserprobung (Praktikum) erfolgt auch in Verbindung mit BORA und der engen Zusammenarbeit mit den BBZ (Berufsbildungszentrum Augsburg)

Individuelle und allgemeine Ziele

- Teilnahme an der BORA Schulung/ Wiedereingliederung auf den ersten Arbeitsmarkt (Praktikum/ Ausbildung /Job) (siehe Konzept BORA)
- Verbesserung von Handlungsplanung, Motivation, Aufmerksamkeit, Konzentration und Ausdauer in Verbindung mit Kreativangeboten
- Freizeitgestaltung in Verbindung mit Sport/ Hobbyfindung durch kreative Angebote
- Verbesserung und Erhalt von Grundarbeitsfähigkeiten, z. B. Belastbarkeit, Antrieb, Ausdauer, Durchhaltevermögen
- Handlungsplanung
- Verbesserung von kognitiven Fähigkeiten, z. B. Gedächtnis, Merkfähigkeit, Konzentration und sozioemotionalen Kompetenzen, z. B. Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit
- Verbesserung der psychischen Stabilität, des Selbstvertrauens und der Selbsteinschätzung
- Verbesserung der emotionalen Ausdrucksfähigkeiten, verbal und nonverbal
- Entwicklung von senso/-motorischen Fähigkeiten, z. B. Grob- und Feinmotorik, Geschicklichkeit und körperlicher Belastbarkeit
- Fehler- und Frustrationstoleranz stärken
- Lernen Ziele adäquat zu setzen

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Die zielorientierte Sport- und Bewegungstherapie hat eine große Bedeutung in der Vermittlung von Körperwahrnehmung und dem Zugang zu eigenen, langen ungenutzten Kräften.
Die Sporttherapie zeigt sich somit als geradezu prädestiniert für die praktische Umsetzung der ICF. Die ICF verlangt ein therapeutisches Setting, dem die Sporttherapie auf ihrer funktionellen, pädagogischen und psychosozialen Wirkungsebene Rechnung trägt. Dabei geht die Sporttherapie weniger defizit- als vielmehr ressourcenorientiert vor.

In der Sporttherapie steht die Freude an der Bewegung im Vordergrund. Anleitung zu Übungen zur Kräftigung und Atmung, Koordination- und Ausdauertraining gehören zum Programm dazu. Ziel ist das Bewusstwerden einer Gesundheitsförderung durch regelmäßige Bewegung.

Jeder neue Rehabilitand hat am Anfang seiner Therapiezeit ein Anamnesegespräch. In diesem werden einerseits die körperlichen Voraussetzungen für die Bewegung besprochen und Trainingsziele festgelegt. Danach bekommt jeder einzelne einen auf ihn abgestimmten

Trainingsplan. Nach der Anleitung der Übungen und der Einweisung in die Geräte, trainiert der Klient unter Aufsicht und mit regelmäßiger Rücksprache mit dem Sporttherapeuten.

Entspannungstraining
Als therapeutisches Gegengewicht zu der von den Rehabilitanden gesuchten stimmungsmodulierenden Wirkung von Suchtmitteln sowie als direkte Rückfallprophylaxe wird das Erlernen eines Entspannungsverfahrens während der Therapie vermittelt. Folgende Verfahren werden angeboten:

- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen:
  Für Rehabilitanden, denen es schwerfällt, sich auf den ruhigen, meditativen Rahmen des Autogenen Trainings einzulassen, bieten wir diese dynamische Methode an.
- Körperreisen und Wahrnehmungsübungen
- Angeleitete Wahrnehmungsübungen zum Körperempfinden
- Autogenes Training
- Selbstsuggestives Entspannungstraining nach J. H. Schult
- Akupunktur nach dem NADA - Protokoll
  Akupunktur ist im Verständnis der chinesischen Medizin eine Regulationstherapie. Suchtakupunktur bewirkt eine Anregung der körpereigenen Endorphinausschüttung, die infolge des Konsums herabgesetzt ist. Die Rehabilitanden berichten von körperlichem Wohlgefühl, Entspannung und Beruhigung unter der Akupunktur. Akupunktur wirkt bei den Rehabilitanden unabhängig von deren stoffspezifischer Abhängigkeit. Akupunktur unterstützt als nonverbales Verfahren die Wirksamkeit psycho- und soziotherapeutischer Behandlung. Sie ist besonders erfolgreich im akuten Entzug und wirkt stabilisierend in der Entwöhnungsbehandlung, z. B. kann Akupunktur Suchtverlangen reduzieren.

4.7.7 Freizeitangebote

Freizeitangebote werden vorwiegend samstags durchgeführt. Sie geben Impulse für alternative und sinnvolle Freizeitaktivitäten in den Bereichen Kultur, Sport, Unterhaltung und Naturerleben. Der sucht- und depressionstypische Prozess des Interessensverlustes soll hier umgekehrt werden. Aktivierung, Freude an Unternehmungen und Gemeinschaftserleben werden gefördert. Die Gestaltung der Aktionen sowie die Entscheidungsfindung liegen in der Hand der Rehabilitanden.

4.7.8. Sozialdienst

Bezugstherapeuten des Ambulanten Zentrums unterstützen den Rehabilitanden bei verschiedenen Thematiken im Alltag, bei der Existenzsicherung, im Umgang mit Behörden, Schulen, Arbeitsstätten und Arbeitgebern, Kontaktaufnahme zu Beratungsstellen, Unterstützung beim Schriftverkehr.
Dies wird gewährleistet durch beraterische und vermittelnde Tätigkeit, durch telefonische und persönliche Begleitung bei problematischen Kontakten, Aufgaben und Erledigungen des Rehabilitanden.
Zur Wiederherstellung bzw. zum Erhalt der Erwerbstätigkeit stellt die Bearbeitung der Schuldenproblematik eine unerlässliche Aufgabe dar. Darüber hinaus kann eine initiierte und begonnene Entschuldung eine konkrete und wichtige Perspektive auf ein gesellschaftlich

integriertes und suchtmittelfreies Leben geben. Zur weiteren Bearbeitung der Schuldenproblematik werden Rehabilitanden die ambulanten Angebote der Schuldnerberatung zur Kenntnis gebracht, in diese vermittelt und im Verlauf begleitet.

4.7.9 Gesundheitstraining und Ernährung

Die Ernährungsberatung vermittelt Informationen über ernährungsphysiologische, biochemische und allergologische Zusammenhänge der Ernährung und beinhaltet Beratung zur Lebensmittelstruktur, deren Herstellungsprozessen und zu Themen wie Essverhalten, Lebensführung, Körperbewusstsein und Sport.

Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen liegen häufig gastrointestinale Erkrankungen und ernährungsbedingtes Unter- und Übergewicht vor. Nach einer Entgiftung kommt es häufig in der Folge zu veränderten Essgewohnheiten, die zu nicht erwünschten Gewichtsveränderungen führen. Das Ambulante Zentrum Augsburg legt in die Ernährungsberatung einen besonderen Schwerpunkt.
Unter Anleitung der Diätassistentin werden in der Lehrküche praktische Erfahrungen in der Herstellung von Mahlzeiten unter ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten erworben. Dazu gehören die Planung der Mahlzeiten und das Einkaufen von gesunden aber auch günstigen Mahlzeiten. Unsere Diätassistentin begleitet hier die Rehabilitanden durch Beratung und praktische Übungen.

Medizinische Gesundheitsberatung
Eine besondere Rolle in der Beratung spielen Hinweise auf Gesundheitsrisiken in Folge der Suchtmittelabhängigkeit im engeren Sinne, z. B. in Hinblick auf HIV- und Hepatitis-Erkrankungen, aber auch in Bezug auf den Umgang mit Stress und Genuss. Die Wahrnehmung von Schutz- und Risikofaktoren spielt dabei eine hervorgehobene Rolle. Aufgrund der hohen Komorbidität bei der Nikotinabhängigkeit wird hier besonders auf die Risiken des Tabakkonsums hingewiesen. Hilfe bei der Tabakentwöhnung wird in Form von Rauchfreiseminaren (siehe 4.7.4) regelmäßig angeboten.
Neben Vorträgen gehören dazu Gruppengespräche und praktische Übungen unter ärztlicher Anleitung. Das Angebot versucht, das Problembewusstsein der Rehabilitanden bezüglich ihrer körperlichen Befindlichkeit zu steigern und soll Anregungen geben, sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen. Gezielte Informationen fördern das Verständnis der eigenen Erkrankung und bestärken die Rehabilitanden in einem gesundheitsfördernden und -erhaltenden Umgang mit sich selbst.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Von einer Suchterkrankung ist nicht nur der Abhängige selbst, sondern sind auch die Familie, Partner und andere Bezugspersonen betroffen. Für die erfolgreiche Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung ist der Einbezug von Mitgliedern der Herkunfts- und Kernfamilie für den Genesungsprozess von großer Bedeutung.

Im Verlauf der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung haben sich die Mitglieder eines Familiensystems durch Anpassung ihrer Verhaltens- und Beziehungsmuster immer wieder neu aufeinander eingestellt und so versucht, mit der Abhängigkeitserkrankung des betroffenen Familienmitglieds umzugehen. So werden mit der Zeit nicht-suchtmittelabhängige Familienmitglieder nicht nur Opfer der Suchterkrankung, sondern tragen auch zur

Chronifizierung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankung bei, was als Co-Abhängigkeit bezeichnet wird (Rennert M., 1989)

Angehörigengruppen werden regelmäßig angeboten und in den Räumen der Einrichtung durchgeführt. Im Seminar werden die Angehörigen über den Ablauf und Inhalt der Behandlung in Kenntnis gesetzt. Informationen zur Suchtentstehung- und -entwicklung, Rückfalltheorien und Verhaltensvorschläge im Umgang mit Rückfälligkeit werden vermittelt. In dieser Gruppe haben Angehörige auch die Gelegenheit, sich mit anderen Angehörigen über ihre Ängste und Sorgen auszutauschen.
Durch Angehörigengespräche sollen spezielle Themen, die den Rahmen eines Angehörigenseminars sprengen würden, angegangen werden. Dabei sollen Konfliktfelder frühzeitig erkannt und die Angehörigen in den Veränderungsprozess mit einbezogen werden. Besondere Themen können der Umgang mit Kindern, die Ablöseproblematik vom Elternhaus oder Paarprobleme sein.
Auf Wunsch des Rehabilitanden oder auf Anraten des Bezugstherapeuten können Paargespräche zur Beziehungsklärung und als Hilfestellung zur Lösung von Paarkonflikten angeboten werden.

4.7.11 Rückfallmanagement

Im Rahmen des Verständnisses von Sucht betrachten wir einen Rückfall als Bestandteil der Erkrankung und sehen den betroffenen Menschen in einer Krise, die dieser nicht suchtmittelfrei zu bewältigen in der Lage war. Im Vordergrund stehen dabei sowohl das Suchtmittelverlangen als auch starke unangenehme Gefühlszustände wie z. B. Ängste, Depressivität, Ärger, Enttäuschungen und Kränkungen. Rückfälle können, psychodynamisch betrachtet, „folglich eine Art von Selbstmedikation zum Zwecke der Affektregulation und des Selbstwertschutzes darstellen“ (Körkel, a. a. O., S. 529).

Dem Rückfall während der Behandlung kommen – wenn er sofort behandelt wird - Chancen zu: zum einen verhindert er ein erneutes Abrutschen in massives Konsumverhalten, zum anderen kann er rückfallpräventiven Charakter über die Zeit der Behandlung hinaus erlangen.
Der Vorteil der sofortigen Bearbeitung liegt darin, dass der Rehabilitand noch unmittelbaren Zugang zu seinem im Vorfeld des Rückfalls und während des Rückfalls selbst auftauchenden Kognitionen, Emotionen, Motiven und Handlungen hat. Er kann damit erkennen, in welchen Bereichen und in welcher Weise er noch nicht ausreichend Belastungen abgebaut, Probleme bewältigt oder vielleicht sogar im Laufe der Behandlung Suchtverlagerungen aufgebaut hat.

Bei Rehabilitanden in Substitution bedeutet ein nachgewiesener Konsum Beigebrauch, der auf der Ebene der Substitution andere Konsequenzen haben kann, wie den Verlust der take-home Regelung. Die Zusammenarbeit mit dem substituierenden Arzt erlaubt hierbei das konzertierte medizinische sowie therapeutische Vorgehen.

Strukturelle Vorgehensweise in der Rückfallarbeit
In Anlehnung an Körkel, Wernado & Wohlfahrt (1997) und Siegele (2001) haben wir einen strukturierten Ablauf der Rückfallbearbeitung entwickelt, welcher folgende Ziele hat:

- Verhinderung eines Abrutschens in massivere Rückfälligkeit

- Entmystifizierung des Rückfalls, weg von einem schuldhaften und uneinsichtigen Verhalten hin zu einer realistischen Betrachtungsweise desselben als Bestandteil der Krankheit und der Heilung
- Verdeutlichung des Rückfalls als ein bedeutendes Ereignis, welches einen besonderen Stellenwert innerhalb der Behandlung erhält
- Nutzbarmachung des Rückfalls zur Erkenntnis von Rückfallbedingungen
- Reintegration in die Gemeinschaft anstelle von Ausgrenzung

Im Einzelnen hat die Rückfallbearbeitung folgenden Aufbau:

- Nach Bekanntwerden des Rückfalls führt der Rehabilitand unmittelbar mit seinem Bezugstherapeut ein Gespräch, in welchem er den Rückfallhergang schildert. Bei Verdacht auf Suizidgefahr oder bei Vorliegen von Entzugssymptomen sowie entzugsinduzierten Komplikationen (Psychosen, Krampfanfälle) zieht der Bezugstherapeut den Arzt hinzu, der über eine etwaige Aufnahme in einer Entgiftungsstation oder in einer psychiatrischen Klinik entscheidet. Weist der Rehabilitand einen Restwert bei der morgendlichen Alkoholkontrolle auf, kann er an diesem Tag nicht mehr am Behandlungsprogramm teilnehmen.

- Der Rehabilitand schildert den Rückfall kurz in der nächstgelegenen Gruppe. Diese Bekanntgabe hat die Funktion, eine Transparenz gegenüber den Mitrehabilitanden zu einem möglichst frühen Zeitpunkt herzustellen. Eine Verurteilung oder Bewertung seitens Mitrehabilitanden soll ausdrücklich vermieden werden.

- Ein Rückfallbefragungsbogen beinhaltet Fragen zum Hergang des Rückfalls, zu begleitenden Gedanken, Gefühlen und Motiven, zu Auslösern, zur Funktion des Rückfalls, zu möglichen alternativen Verhaltensweisen. Das Ausfüllen des Bogens hat das Ziel, dem Rehabilitanden Kenntnisse über seine Sucht- und Rückfallmechanismen zu vermitteln, damit er sich dadurch besser verstehen und vor zukünftigen kritischen Situationen besser schützen lernt.

- Die Rückfallanalyse in der Gruppenarbeit konzentriert sich u. a. auf folgende Fragen:

  Welches waren die speziellen Auslöser und Bedingungen des Rückfalls? Waren diese für den Rehabilitanden wahrnehmbar? Wurden sie von ihm wahrgenommen?

  Welche dem Rückfall zugrundeliegenden (möglicherweise unbewussten) Belastungen und Problematiken waren vorhanden?

  Welche Kognitionen, Emotionen, Motivationen und Handlungen sind von besonderer Bedeutung für das Rückfallgeschehen?

  Welchen Nutzen und welche Funktion hatte der Rückfall für den Rehabilitanden?

  Welche Verhaltens- und Denkweisen, welche emotionalen und motivationalen Komponenten können rückfallpräventiven Charakter für die Zukunft bekommen?

  Welche Aspekte des gesamten Rückfallgeschehens können Ansatzpunkte für die weitere Behandlung sein?

Für den Rehabilitanden ist dies zum einen ein weiterer Schritt zur Entprivatisierung und der bewussten Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln anstelle von Selbsthass oder Schuldzuweisung, zum anderen ein aktiver Schritt der Reintegration in die Gemeinschaft anstelle von Ausgrenzung.
Für die anderen Gruppenteilnehmer ist diese Form der Auseinandersetzung eine Wegbereitung zu einem realistischen und entdramatisierenden Umgang mit dem Thema Sucht und Rückfall und erleichtert einen offeneren Umgang mit eigenen Rückfalltendenzen.

In den Einzelgesprächen findet eine weitergehende Rückfallanalyse statt, die sich an den o. g. Fragen orientiert. Darüber hinaus integriert der zuständige Bezugstherapeut zusammen mit dem Rehabilitanden die Ergebnisse der verschiedenen Rückfallanalysen in ein Risikoprofil. Diese wiederum dient als Grundlage für den gegebenenfalls zu modifizierenden Therapieplan und die weitere Behandlung.

Eine Weiterbehandlung nach Rückfall kann unter folgenden Voraussetzungen durchgeführt werden:

- Der Rehabilitand zeigt Interesse und Motivation an der Bearbeitung des Rückfalls, an der Fortsetzung der Therapie und der Aufrechterhaltung der Abstinenz
- Der bisheriger Therapieverlauf zeigt eine zuverlässige Mitarbeit, Absprachefähigkeit und Ernsthaftigkeit
- Der Rehabilitand ist in der Lage, die Rückfälligkeit zu beenden, auf gelernte Bewältigungsstrategien zurückzugreifen und die Abstinenz im Alltag weiterhin aufrecht zu erhalten

4.7.12 Weitere Leistungen

Der Rehabilitand wird von uns über Möglichkeiten und Sinnhaftigkeit von Weiter- oder Anschlussbehandlungen informiert und ggf. weitervermittelt. Die Antragstellung erfolgt ca. vier Wochen vor Behandlungsende. Grundlegend wird eine Nachsorge (bei Kompass City oder externen Einrichtungen) empfohlen. Folgende Weiterbehandlungen können von uns bei entsprechender Indikation beantragt werden:

- Ambulante Rehabilitation
- Betreutes Einzelwohnen (BEW)
- Soziotherapie

Zudem können Umschreibungen in eine stationäre oder ambulante Behandlungsform erfolgen.
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden von uns überprüft und ggf. eingeleitet (z. B. als stufenweise Wiedereingliederung).

4.7.13 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die Rehabilitation ist regulär beendet, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind.

Die Rehabilitation wird außerdem vorzeitig beendet, wenn

- störende und nicht behebbare Einflüsse aus dem sozialen Umfeld den Rehabilitationserfolg gefährden,

- die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm nicht regelmäßig erfolgt,
- die Mitarbeit weder tragfähig noch ausreichend ist,
- ein Rückfall konsistent bagatellisiert oder geleugnet wird,
- anhaltende Rückfälligkeit besteht und/oder
- eine andere Behandlungsform angezeigt ist

und somit die Rehabilitationsziele durch die Rehabilitation nicht erreichbar sind.

Bei Unterbrechung der Rehabilitation aufgrund einer z. B. akutmedizinischen Behandlung in einer Klinik, ist innerhalb von zwei Wochen zu klären, ob die Rehabilitation fortgesetzt wird. Dabei ist abzuklären, ob der Rehabilitand physisch und psychisch in der Lage ist, am Behandlungsprogramm teilzunehmen, oder innerhalb eines absehbaren Zeitraumes die Therapie fortgesetzt werden kann, sodass eine zeitliche und inhaltliche Kontinuität gewährleistet ist.

In der letzten Behandlungswoche findet die allgemeinmedizinische und psychiatrische Entlassuntersuchung statt. Der ärztliche Entlassbericht (erstellt nach den DRV Kriterien) wird innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an den zuständigen Kostenträger weitergeleitet.

5. Personelle Ausstattung

Die Personalbemessung orientiert sich an dem gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vom 27.01.2011 und an den Strukturqualitäten von „Rehabilitations-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“.
Die Dokumentation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gehören zu den Aufgaben des gesamten Behandlungsteams.

Aufgaben und Berufsgruppen im Einzelnen:

- Ärztliche Leitung (0,36 Stellenanteil)

  Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeinmedizin. Sie sind neben der ärztlichen Gesamtverantwortung zuständig für die verantwortliche Leistungserbringung, die medizinische Anamnese, die allgemeinärztliche Untersuchung, den Informationsaustausch mit niedergelassenen Ärzten, die Indikationsstellung, ggf. die Zwischenuntersuchung, die Abschlussuntersuchung, das verantwortliche Erstellen eines qualifizierten Entlassungsberichtes im Zusammenwirken mit den anderen Therapeuten. Die Fachärzte werden von einem Allgemeinmediziner unterstützt.
- Dipl.-Psychologe (0,6) approbierter psychologischer Psychotherapeut, bzw. mit begonnener Ausbildung zum approbierten psychologischen Psychotherapeuten, zuständig für die psychologische Diagnostik, Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Arzt, Einzel- und Gruppengespräche.

- Dipl. Sozialpädagoge (1,5) mit auf die Indikation „Sucht“ ausgerichteter und anerkannter Weiterbildung (VDR), zuständig für die Durchführung der Einzel- und Gruppentherapie
- Dipl. Sozialpädagoge (0,5) mit auf die Indikation „Sucht“ ausgerichteter und anerkannter Weiterbildung (VDR), zuständig für die Durchführung der Einzel- und Gruppengespräche in der berufsbegleitenden beruflichen Rehabilitation
- Sozialpädagoge BA (0,13) für die Durchführung der Reha-Nachsorgegruppe
- Ergotherapeut (0,25) zuständig für die Arbeits- und ergotherapeutische Diagnostik, die Anleitung von Projekten, das Arbeitsmanagement (Koordination BORA, Vermittlung in Hospitationen, Praktika, Arbeit), die Kreativförderung (handwerkliche und musische Angebote).
- Diätassistent (0,3) zuständig für die Organisation, Anleitung und Begleitung der Rehabilitanden bei der Alltagsversorgung, Essenszubereitung mit allen Arbeitsschritten, Haushaltsführung und deren Training. Ernährungsberatung in Gruppen- und Einzelgesprächen werden von ihm zusätzlich durchgeführt.
- Sporttherapeut (0,25) zuständig für die Sport- und Bewegungstherapie.
- Verwaltungskraft (0,7) zuständig für die Verwaltung, die Buchhaltung und die Kassenführung. Sie nimmt nach Absprache an Teilen der Teambesprechungen teil.

6. Räumliche Gegebenheiten

Das Ambulante Zentrum Augsburg befindet sich zentral im dritten Stock eines Jugendstilhauses nur acht Minuten vom Hauptbahnhof entfernt. Mehrere Straßenbahn- und Bushaltestellen sind in der Nähe. Sowohl die Räume des AZA als auch von der stationären Abteilung sind durch einen hellen und freundlichen Eingang per Aufzug erreichbar.

Die Einrichtung verfügt zusammen mit der berufsbegleitenden ambulanten Rehabilitation über Räumlichkeiten in der Größe von ca. 300 qm für medizinische Behandlung, Einzel- und Gruppentherapie, Ergotherapie, Lehrküche, Aufenthaltsraum, Wartebereich, Verwaltung und Sanitärbereich. Die Arbeitsplätze der Mitarbeiter sind großzügig gestaltet.

Der beiliegende Raumplan zeigt: 3 Räume für Einzelgespräche, 1 Gruppen- und Vortragsraum, Aufenthaltsraum, Ergotherapieraum, Lehrküche, WC und Waschmöglichkeit für Männer und Frauen getrennt, Empfangsbereich.

Sportangebote werden in den Sporträumen von kompass.City als auch im Freien durchgeführt.

Das Arztzimmer ist im 5.OG in den Räumen der stationären Abteilung. Dort befinden sich Liege, Notfallkoffer und Defibrillator. Kontrollen werden über ein Alkoholmessgerät und Urinkontrollen durchgeführt, die in einem separaten Raum aufbewahrt werden. Das Arztzimmer ist nur den Ärzten und den dafür berechtigten Personen zugänglich.

7. Kooperation und Vernetzung

Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen
Das Ambulante Zentrum Augsburg arbeitet mit Kostenträgern, Beratungsstellen, Entgiftungsstationen, niedergelassenen Ärzten (insbesondere Substitutionsärzten), mit Arbeitgebern, Betriebsräten, der Arbeitsagentur, sowie mit den verschiedenen Bildungsträgern zusammen.
Mitarbeiter des AZA wirken darüber hinaus im Rahmen von Arbeitskreisen und Gremien sowie in verschiedenen Verbänden auf regionaler und überregionaler Ebene mit.

Die Kooperationspartner werden als Beteiligte im Behandlungsprozess verstanden, die bei der laufenden Weiterentwicklung der fachlichen Qualität durch Information und aktive Beratung sowie als Unterstützer in den Prozess mit einbezogen werden.

Zusammenarbeit innerhalb der Kompass Drogenhilfe und Lehmbau
Im Rahmen der internen Vernetzung gibt es eine enge und regelmäßige Zusammenarbeit mit den verschiedenen Einrichtungen der Kompass Drogenhilfe und den Partnern innerhalb der Lehmbaugruppe, insbesondere dem Berufsbildungszentrum (BBZ) Augsburg und Schwaben,

Zusammenarbeit mit Nachsorge- und Selbsthilfeeinrichtungen
Zur Optimierung des Behandlungserfolgs dient die interne Nachsorge im Ambulanten Zentrum Augsburg. Die Arbeits- und Teamstruktur gewährleistet bei interner Weiterbetreuung einen nahtlosen Übergang. Die Vermittlung in wohnortnahe Nachsorge- und Selbsthilfeeinrichtung ist ein Schwerpunkt der Beendigungsphase.
Eine besonders enge Zusammenarbeit besteht mit den Selbsthilfeeinrichtungen Lichtblume e. V. und Kreuzbund e.V., Vertreter beider Einrichtungen stellen sich und ihre Angebote regelmäßig unseren Rehabilitanden vor.
Die Narcotic Anonymous (NA), haben ihre Meetings wöchentlich in den Räumen von Kompass City.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Rehabilitationseinrichtung ist gesetzlich zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet (Qualitätssicherung nach §20 SGB IX).
Alle Einrichtungen der Kompass Drogenhilfe verfügen neben externen Qualitätssicherungsmaßnahmen auch über ein internes Qualitätsmanagement (Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX“). Der Qualitätsbeauftragte ist direkt der Geschäftsführung unterstellt. Die Kompass Einrichtungen sind nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert. Die Rehabilitationseinrichtungen sind zusätzlich gemäß QMS-REHA (Version 3.0) zertifiziert.

Weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung sind unter anderem:

- externe Supervision des Behandlungsteams. Bei Bedarf findet auch Einzelsupervision statt.
- regelmäßige Team- und Fallbesprechungen. Durch die regelmäßige Teilnahme des verantwortlichen Arztes an den Fallbesprechungen wirkt dieser an der Steuerung des

Rehabilitationsprozesses und an der Überprüfung und Weiterentwicklung der Behandlungskonzeption leitend mit.

- regelmäßige interne und externe Fortbildungen
- einrichtungsinterne, interne und externe Evaluation,
- Dokumentation durch PATFAK
- Anwendung und Auswertung eines Fragebogens zur Zufriedenheit der Rehabilitanden

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Festlegung von Verantwortungen und Befugnissen
Eine wesentliche Voraussetzung für ein funktionsfähiges Qualitätsmanagementsystem ist, dass die Verantwortungen und Befugnisse der Führungskräfte und des Personals klar geregelt und allen an der Leistungserbringung Beteiligten bekannt sind. Die Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche sind auf der internen Qualitätsmanagement-Plattform Easy-QM hinterlegt.

Organigramm
Für Kompass ist ein Organigramm erstellt und auf der easy-QM-Plattform hinterlegt.
Mit diesem werden die Bereiche, die entsprechenden Ansprechpartner und ihre jeweiligen Beziehungen untereinander für alle Beschäftigten sichtbar gemacht. Das Organigramm wird durch den ZQMB (zentraler Qualitätsmanagement-Beauftragter) gelenkt.

Kommunikationsstruktur
Innerhalb der Kompass Drogenhilfe wurden geeignete Prozesse der Kommunikation installiert. Die innerbetriebliche Kommunikation wird als strategisches Führungsinstrument genutzt. Im Verein sind hierzu Leiterrunde, Abteilungsleiterrunde und verschiedene Fachzirkel (QM-Zirkel, Fachzirkel berufliche Rehabilitation etc.) etabliert.

Im Ambulanten Zentrum Augsburg arbeitet das interdisziplinäre Rehabilitationsteam regelmäßig und verantwortlich unter ärztlicher Gesamtverantwortung zusammen. Es finden regelmäßig Team- und Fallbesprechungen unter ärztlicher Leitung statt.

Der Prozess der Entwöhnungsbehandlung wird dokumentiert. Die Akte enthält Antragsunterlagen, Diagnosen, Therapiepläne und Berichte, ggf. Verlängerungsanträge und den Entlassungsbericht. Dabei obliegen dem Arzt die Verlaufsuntersuchung und die damit zusammenhängende Dokumentation.

Die Einrichtung arbeitet mit dem Patientenverwaltungsprogramm PATFAK (PFW), welches auf dem Deutschen Kerndatensatz basiert**.** Dieses System ermöglicht die Dokumentation des Behandlungsverlaufs, sowie der medizinischen, psychologischen und psychosozialen Diagnostik. Außerdem enthält es die Funktionen der Entlassungsberichtsschreibung, § 301 Übermittlung, Terminüberwachung und Einzelleistungserfassung mit optionaler Therapieplanung und zahlreiche Auswertungsmöglichkeiten.
In PFW werden täglich aktuell relevante Tagesereignisse dokumentiert, die dem gesamten therapeutischen Team zugänglich sind (Sondervereinbarungen für Rehabilitanden, Substanzkontrollen etc.). Situativen Kurzfallbesprechungen und die Verlaufsdokumentationen

in PFW gewährleisten die Transparenz und die Abstimmung aktueller, den Behandlungszielen dienenden Handlungsschritte.

10. Notfallmanagement

Die Einrichtung verfügt über ein Notfallmanagement (Notfallablaufplan etc.) Es finden jährliche Sicherheitsbegehungen durch unseren Sicherheitsbeauftragten und unseren Betriebsarzt statt. Zwei Mitarbeiter sind als Ersthelfer ausgebildet, der interne Sicherheitsbeauftragte nimmt 1x im Quartal an den AZA-Sitzungen teil. Für das gesamte Team finden regelmäßig Notfallschulungen statt. Ein Notfallkoffer mit Defibrillator ist vorhanden.

11. Fortbildung

Fort- und Weiterbildung werden finanziell und zeitlich durch die Kompass Drogenhilfe gefördert (5 Tage pro Jahr), Weiterbildungen, z. B. zum VdR-anerkannten Suchttherapeuten werden darüber hinaus gefördert. Interne Fortbildungen zu spezifischen Themen werden jährlich angeboten.
Fachvorgesetzter für die Fortbildungsplanung ist die Einrichtungsleitung.

12. Supervision

Supervision dient der Reflektion und Verbesserung des professionellen Handelns und ist Teil der Qualitätssicherung von Kompass City. Die therapeutische Fall- und Teamsupervision wird extern durch einen qualifizierten Supervisor durchgeführt. Dieser ist in der Suchtherapie erfahren, hat eine psychotherapeutische Weiterbildung und eine Supervisionsausbildung.

13. Hausordnung und Therapievertrag

Die Hausordnung sowie der Therapievertrag werden jedem Rehabilitanden zu Beginn der Maßnahme ausgehändigt (siehe Anhang) und besprochen.

14. Datenschutz

Alle Angaben der Rehabilitanden unterliegen dem Datenschutz. Für die Arbeit der Einrichtung gelten die Regelungen des Datenschutzgesetzes. Die Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht und haben, wie alle anderen Mitarbeiter von Sucht- und Drogenberatungsstellen, Zeugnisverweigerungsrecht.

15. Anhängende Dokumente

1 AZA-Netzwerk

2 Raumplan, Obstmarkt 3.OG

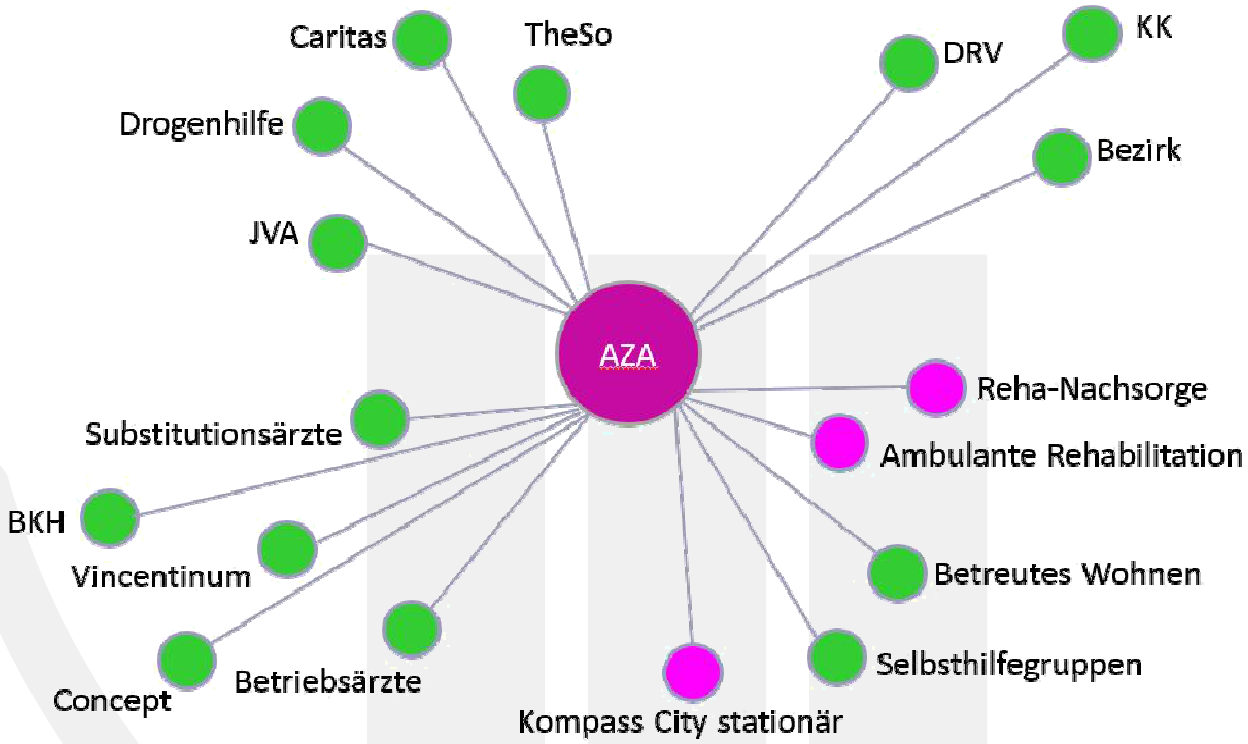
3 Behandlungsvertrag und Hausordnung

4 Rückfallbearbeitungsbogen

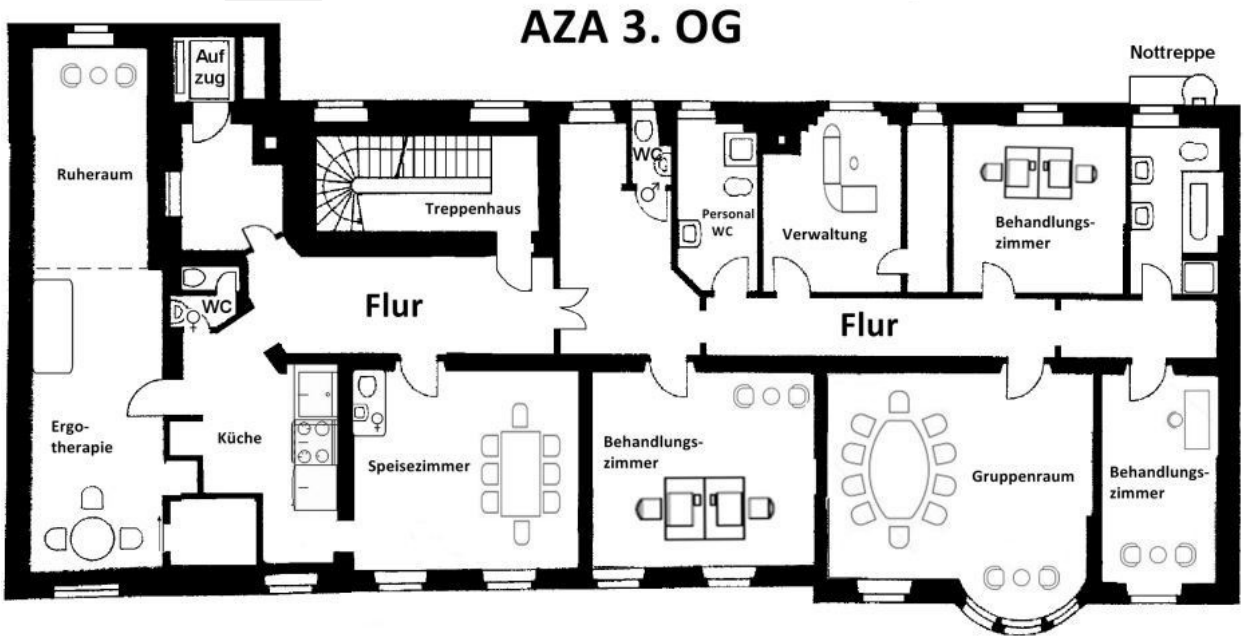
5 Wochenplan

6 Literaturliste

Unser Netzwerk



Raumplan



Ausfertigung für die Einrichtung

Behandlungsvertrag

zur Durchführung einer ganztägig ambulanten Rehabilitation

Zwischen: …….
Name

und

Kompass City, Ambulantes Zentrum Augsburg (AZA), Obstmarkt 5, 86152 Augsburg
wird folgender Behandlungsvertrag abgeschlossen:

Die **Rehabilitationszeiten** sind	Montag bis Freitag	08:30 Uhr bis 16:00 Uhr und
	Samstag	09:00 Uhr bis 13:00 Uhr.

Ihre **abstinente Lebensführung** erstreckt sich auch auf die rehabilitationsfreie Zeit und umfasst den Konsum von Alkohol, Drogen, suchtrelevanten Medikamenten, sowie von ‚alkoholfreien' Bier, Wein und Sekt. Bei Verhaltenssüchten (z.B. Internet, Gambling, Spielsucht) ist Ihre Bereitschaft zu Offenheit und gemeinsamen Vereinbarungen gefordert.

Wenn Sie eine **ärztlicherseits verschriebene Medikation** bekommen, sprechen Sie diese mit uns und unserem Rehabilitationsarzt ab. Medikamente können i.d.R. von Ihnen weiter wie verschrieben eingenommen werden. Ausnahme hiervon sind Wirkstoffgruppen mit Abhängigkeitspotential (z. B. Benzodiazepine, Opiate, Pregabalin usw.). Eine Änderung der Medikation durch externe Ärzte teilen Sie bitte zeitnah unserem Einrichtungsarzt mit.
Zum **Nachweis der Abstinenz** werden regelmäßige Atemalkoholkontrollen, sowie unangekündigte Alkohol- und Drogenscreenings in Form von Urinkontrollen (teils mit RUMA Marker) durchgeführt. Bei Verfälschung der Urinprobe oder Verweigerung der Durchführung müssen Sie mit Konsequenzen rechnen.

Androhung und Anwendung von **Gewal**t gegen Personen oder Gegenstände während der Rehabilitation (innerhalb und außerhalb) der Einrichtung können zur sofortigen Entlassung führen, ebenso wie sexistische, gewaltverherrlichende, menschenverachtende, rassistische Äußerungen. Als Unterstützung für Konfliktlösungen dienen regelmäßige Gruppen- und Einzelgespräche. Im Falle einer grob fahrlässigen Beschädigung von Einrichtungsgegenständen würden Sie haftbar gemacht werden.

Ein **Fernbleiben** von der Einrichtung während der Behandlungszeiten bedarf der Genehmigung des Teams. Termine bei Behörden, Ämtern und Ärzten sind mit zeitlichem Vorlauf anzumelden. Termine legen Sie bitte vorrangig in die Zeit nach 16.00. Sollten Sie in der strukturfreien Zeit die Einrichtung verlassen, tragen Sie sich in das Ausgangsbuch ein.

Sollten Sie während der Rehabilitation **erkranken**, gelten folgende Regeln:

- Bei leichteren Erkrankungen kommen Sie bitte wie gewohnt in unsere Einrichtung. In einem Gespräch wird dann das weitere Vorgehen geklärt.

- Sollte es für Sie krankheitsbedingt nicht möglich sein zu kommen, rufen Sie zu Rehabilitationsbeginn bei einem therapeutischen Mitarbeiter vom AZA an und lassen sich von einem externen Arzt eine Krankmeldung ausstellen. Diese lassen Sie uns bitte am ersten Krankheitstag (samstags rückwirkend am Montag) entweder im Original, per Fax oder per Email zukommen.
- Wenn am Tag ihrer Erkrankung ein Einrichtungsarzt im Haus ist, kommen Sie in die Einrichtung um Weiteres zu klären. Bitte rufen Sie zu Rehabilitationsbeginn an, um einen Termin mit dem Arzt zu vereinbaren.
- Wir bitten Sie für eine telefonische Erreichbarkeit während Ihrer Krankheitszeit zu sorgen. In begründeten Fällen behalten wir uns die Möglichkeit eines Hausbesuches vor.
- Ab dem 4. Krankheitstag (Wochenend- und Feiertage direkt davor bzw. im Anschluss werden mit angerechnet), **erlischt** der Anspruch auf Übergangsgeld durch die Rentenversicherung. In diesem Fall müssten Sie eigenständig Lohnersatzzahlungen bei der Krankenkasse geltend machen.
- Unentschuldigtes oder nicht glaubhaft begründetes Fernbelieben vom AZA kann Konsequenzen bis hin zur Beendigung der Rehabilitation nach sich ziehen.

Sollten Sie während der Rehabilitation einen **Rückfall** haben, sprechen Sie diesen direkt bei einem Therapeuten an. In einem Gespräch kann geklärt werden, wie Sie die Abstinenz wieder stabilisieren können.

Das **Rauchen** ist in strukturfreien Zeiten ausschließlich auf der Dachterrasse im 5. Stock des Gebäudes erlaubt. Bitte achten Sie dort auf Sauberkeit.
Während der Rehabilitationszeiten stellen Sie Ihr **Mobiltelefon** auf lautlos ist (und nicht auf Vibration). Eine Benutzung des Handys ist in strukturfreien Zeiten möglich. Eine übermäßige Handy-Nutzung kann dazu führen, dass Sie Ihr Handy im Spind aufbewahrt müssen. Sollten Sie einen wichtigen Anruf erwarten, können Sie nach Absprache Ihr Handy auf Vibrationsalarm stellen.

Informationen über Mitrehabilitanden unterliegen der **Schweigepflicht** und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Persönliche Daten (Angaben zur Krankengeschichte, jetzigen Beschwerden, Diagnosen, Therapieplan und –verlauf) werden innerhalb der ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtung in Fallbesprechungen und Supervisionen ausgetauscht, sofern dies für die weitere Behandlung notwendig ist.

Für persönliche Wertgegenstände übernimmt das AZA keine **Haftung**. Zur Aufbewahrung Ihrer persönlichen Gegenstände steht Ihnen ein Spind zur Verfügung.

Augsburg, _____ _____ _____

Datum | gelesen und verstanden: Patient | Einrichtung

Rückfallbearbeitungsbogen

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen schriftlich und so ausführlich wie möglich!

Name:	Datum:
1. In welcher Situation haben Sie Alkohol /Drogen konsumiert? Schildern Sie den Ablauf in eigenen Worten.	
2. Was haben Sie gedacht, getan, empfunden?	
3. Gab es in den Tagen/Wochen vorher Situationen und Auslöser, welche den Rückfall begünstigt, bzw. angekündigt haben? Wenn ja, welche waren das?	
4. Gab es andere Lösungen, die Ihnen eingefallen sind, um keinen Alkohol konsumieren zu müssen? Wenn ja, welche waren das? Wenn nein, wie haben Sie die „Warnungen ausgeschaltet"?	
5. Unterscheidet sich dieser Rückfall von anderen Rückfällen zuvor? Wenn ja, in welcher Form? Was haben Sie getan, um den Rückfall zu begrenzen?	
6. Wofür war der Rückfall nützlich?	
7. Was haben Sie aus diesem Rückfall gelernt?	
8. Was wollen Sie künftig verändern?	
9. Wie wollen Sie die Veränderung auf den Weg bringen?	
10. Inwiefern würde Ihr Leben dann besser sein?	
11. Woran würden andere diese Veränderung an Ihnen bemerken?	
12. Was müssten Sie langfristig ändern? Wie würden Sie damit beginnen?	
13. Angenommen, Sie würden erneut auf einen Rückfall zusteuern, was wären die ersten Anzeichen dafür (Gefühle, Gedanken, Taten)?	
14. Was gibt es außerdem noch Wichtiges zu Ihrem Rückfall zu sagen?	

Danke!

Wochenplan

Wochenstruktur Ganztägig Ambulante Rehabilitation Augsburg

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
08:30	Ankommen /Frühstück	Ankommen /Frühstück	Ankommen / Frühstück	Ankommen / Frühstück	Ankommen / Frühstück	
09:00	Wochenendreflexion	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Ankommen Frühstück
09:30						
09:45		Pause	Pause	Pause	Pause	Freizeit-aktivität
10:00	Menüplanung	Gruppentherapie	Ernährungsberatung in der Gruppe Einkaufstraining	Gruppentherapie	Gruppentherapie	
10:30						
11:00						
11:15	Arbeitstherapie Hauswirtschaft / MOG* Für Neuaufnahmen					
11:30		Arbeitstherapie Hauswirtschaft	Arbeitstherapie Hauswirtschaft Lehrküche / Raucher-entwöhnung	Arbeitstherapie Hauswirtschaft	Arbeitstherapie Hauswirtschaft / Themen-bezogene Infogruppe	
12:00						
12:15						
12:30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	
13:00	Aufräumen / Pause	Aufräumen / Pause	Aufräumen / Pause	Aufräumen / Pause	Pause	
13:30	Ergotherapie / Kreativförderung	Bewegungstherapie Einzeln und in der Gruppe	Ergotherapie/ Kreativförderung	Bewegungstherapie Einzeln und in der Gruppe	Entspannung	
13:45						
14:00						
14:15					Training des alltäglichen Lebens Haushalt	
14:30						
14:45			NADA / 3 mtl. Arzt Vortrag			
15:00					Patientenforum	
15:30						
16:00	Tagesreflexion	Tagesreflexion	Tagesreflexion	Tagesreflexion	Wochenendplanung / Tagesabschluss	

Literatur

Anhang 1 Hinweise der Deutschen Rentenversicherung zu arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Anhang 2 Qualitätssicherungsinstrumente und –verfahren

Autor	**Titel**
Abt Muho	Zazen oder der Weg zum Glück. Rowohlt 2007.
Antonovsky, A. (1997)	Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dgvt, Tübingen.
Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998)	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Grundlagen und Manual, 2., korrigierte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.
Arend, H. (1999)	Indikationskriterien in der ambulanten Therapie Abhängigkeitskranker. SUCHT AKTUELL 1, S. 14-17.
Aßfalg, R.; Linster, H.W.; Englert, N.; Reitz, F. (2000)	Die Kombination stationärer und ambulanter Behandlungsschritte, in Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Individuelle Hilfen für Suchtkranke. Lambertus-Verlag, Freiburg.
Bandura, A. (1997)	Self-Efficacy: The Exercise of Control, Verlag Freeman & Company.
Batra, A., Buchkremer, G. (2004)	Tabakentwöhnung – ein Leitfaden für Therapeuten, Kohlhammer Verlag.
Beck, A.T., Freeman, A. et al. (1999)	Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Beltz Verlag, Weinheim.
Beck, A.T., Wrigth, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S. (1997)	Kognitive Therapie der Sucht. Beltz Verlag, Weinheim.
Beckmannd, D., Brähler, E. Richter, H.-U.	Der Gießentest. Bern. Huber. *(1990)*
Berg, I.K.; Miller, S.D. (1993)	Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. Auer, Heidelberg.
Bloem, J. et al. (2004)	Budo, Aggressionsreduktion und psychosoziale Effekte: Faktum oder Fiktion? Forschung, Aggressionspsychologie, Neurobiologie. Integrative Therapie 1-2/2004, Junfermann, Paderborn.
Blöschl, L. (1987)	Soziales Netzwerk. Soziale Unterstützung, Lebensbelastung und Empfindlichkeit. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 16 (4), 311 – 320
Brendel, T. (2005:	Körperorientiertes Begleiten: Eine bewegungs- und ausdrucksbezogene Unterstützung der ressourcen- und lösungsorientierten methodischen Vermittlung, in: Iwert, Lomberg Brendel: Ressourcen und lösungsorientiertes Arbeiten in pädagogischen Handlungsfeldern, ibidem-Verlag, Stuttgart.
Brüggemann, S. et al. (2007)	Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit – Pilotversion, Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung, März 2007.
Bugental, J., F. (1964)	The third force in Psychology. Journal of Human Psychology. 1, 19 –26.
Bühringer, G. (1997)	Wer stellt wann und wo die Indikation – und für wen? In: AßFALG, R. (Hrsg.) Die Kunst der Indikation. Neuland, Geesthacht. S. 9 -22
Bühringer, G. (200)	Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen und Medikamenten. In: Reinecker, H. (Hrsg). Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Göttingen.Hogrefe.
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2006)	Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12/Ausgabe 2006, Frankfurt am Main.
Bundesministerium für Gesundheit (2006)	Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2006.
Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988)	Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereich, Bonn.
Bungard, W. (1989)	Psychisch Kranke in der Arbeitswelt. München. PVU.
Buunk, B.P. (1996)	Affiliation, zwischenmenschliche Anziehung und enge Beziehungen. In: Stroebe et al. (Hrsg.) (1996) Sozialpsychologie. Springer Berlin, Heidelberg.
Ciompi, L. (1999)	Die emotionalen Grundlagen des Denkens – Entwurf einer fraktalen Affektlogik, Sammlung Vandenhoeck, Göttingen.
Daisen Deshimaru-Roshi	Za-Zen. Die Praxis des Zen. 5. Aufl. Kristkeitz, Leimen 1991
Daisetz T. Suzuki	Zazen - die Übung des Zen. Grundlagen und Methoden der Meditationspraxis im Zen. 3. Aufl. Barth, Bern u.a. 1993
David Fontana	Einführung in die Zen-Meditation. Der Weg durch das torlose Tor. Theseus, Berlin 2003
DeShazer, S. (1994)	Das Spiel mit den Unterschieden. Auer, Heidelberg
Deutscher Bundestag (1975)	Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie Enquête). Bundesdrucksache 7/4200, Bonn.
Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H.	Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Verlag

(1991)	Hans Huber, Bern
Doerner, K., Plog, U. (1987)	Irren ist menschlich. Psychiatrie Verlag. Bonn
Dürckheim, K., Graf (1972)	Der Alltag als Übung, Vom Weg zur Verwandlung, Hans Huber, Bern Stuttgart Wien.
Dustri.Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W. (Hrsg.) (2000)	Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und Therapeutisches Management. Urban u. Fischer, München.
Eckstein, G. (2000)	Auswertung der Befragung der Klienten nach der Konzeptumstellung im Therapiezentrum Schloss Pichl. München. Condrobs e. V..
Erikson, E. (1966)	Ich –Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp. Frankfurt.
Etschmann, U. (2000)	Evaluation des Alltags innerhalb der behandlungsorientierten Therapeutischen Gemeinschaft. Vortrag gehalten auf dem 13. Heidelberger Kongress des Fachverbands Sucht e. V. vom 10. – 12.05.2000
Fahrenberg, J. et al. (1994)	Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Göttingen. Hogrefe.
Flammer, A. (1990)	Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Hans Huber Bern, Stuttgart.
Frankl, V. (1988)	Die Sinnfrage in der Psychotherapie, Piper Verlag, München.
Geyer, D. et al. (2006)	AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen, Sucht 52
Grawe, K. (2004)	Neuropsychotherapie, Hogrefe-Verlag, Göttingen.
Grawe, K. (2005)	Allgemeine Psychotherapie, in: Senf/Broda: Praxis der Psychotherapie, Thieme Verlag.
Grawe K Donati R.; Bernauer, F. (1995)	Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession, Hogrefe-Verlag für Psychologie, 4. Auflage, Göttingen.
Grawe K.; Donati R.; Bernauer F. (1994)	Psychotherapie im Wandel. Hogrefe, Göttingen
Hartig, M. (Hsrg.)	Selbstkontrolle, Urban und Schwarzenberg, München
Havemann-Reinecke, U. et al. (2004)	AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide, Sucht 50 (4) 2004.
Heide M. (Hrsg.) (1990)	Individualisierung in der Suchttherapie – Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V., Band 10, Bonn
Heigl-Evers, A.; Helas, I.; Vollmer, H.C. (Hrsg.) (1993)	Eingrenzung und Ausgrenzung; Zur Indikation und Kontraindikation von Suchttherapien, Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen.
Heigl-Evers, A.; Schultze-Dierbach, E.; Standke, G. (1991)	Grundstörungen bei Abhängigkeit und Sucht aus tiefenpsychologischer Sicht. In: WANKE, K. et al. (Hrsg.): Grundstörungen der Sucht. Springer, Berlin. S. 37 –54
Heinz, A. et al. (2002)	Neurobiologische Grundlagen des Suchtgedächtnisses alkoholabhängiger Patienten, in: psychomed 14/2.
Hinsch, R., Pfingsten, U. (2002)	Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien. Weinheim: Psychologische Verlagsunion.
Höhmann-Kost, A. (2002)	Bewegung ist Leben. Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung. Hans Huber, Bern.
Höhmann-Kost, A., Siegele, F. (2004)	Arbeit an sich selbst – Der Weg der Übung, Kampfkünste in der Integrativen Therapie und Supervision Suchtkranker. Integrative Therapie 1-2/2004, Junfermann, Paderborn.
Hurrelmann, K., Kolip, P. (2002)	Geschlecht, Gesundheit und Krankheit – Männer und Frauen im Vergleich, Verlag Hans Huber, Bern.
Jerusalem, M., Schwarzer, R. (1992)	Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes, in: R. Schwarzer (Ed.), Self-efficacy: Thought control of action. Washington, DC: Hemisphere.
Jordi, A. (2001)	Integrative Leib- und Bewegungstherapie in der Behandlung von folter- und kriegstraumatisierten Menschen, in: Integrative Therapie 4/2001, Junfermann, Paderborn.
Julius, H., Boehme, U. (1997)	Sexuelle Gewalt gegen Jungen - Eine kritische Analyse des Forschungsstandes, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen.
Kaluza, G. (2004)	Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung, Springer-Verlag, Berlin.
Kanfer, F.H. (1978):	Die Aufrechterhaltung des Verhaltens durch selbsterzeugte Stimuli und Verstärkung
Kanfer, F.H. (1986)	Implications of self regulation model of therapy for treatment of addictive behaviours. In: MILLER, W. R. et al. (Hrsg.) Treating addictive behaviours. Plenum, New York. S. 29 –47
Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D.	Selbstmanagement-Therapie, Springer Berlin *(1996)*
Kanfer; F.H. (2001)	Selbstmanagementtherapie in der Suchtbehandlung. Vortrag StattHaus Condrobs e. V.. Augsburg.

Katsuki Sekida	Zen-Training. Das große Buch über Praxis, Methoden, Hintergründe. 5. Aufl. Herder, Freiburg i.Br. 2000,
Kauder, V. (Hrsg.) (1998)	Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Psychosoziale Arbeitshilfen 11, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
Kindermann, W.; Sickinger, R.; Hedrich, D.; Kindermann, S. (1992)	Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Lambertus, Freiburg
Körkel, J. (1999) in: Gölz, J. (Hrsg.)	Moderne Suchtmedizin, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
Körkel, J. (1999)	Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. Abhängigkeiten, 5, S.24 –45
Körkel, J. (2001)	„Rückfallprävention". Fortbildungsveranstaltung im Projekt: Verbesserung der therapeutischen Situation für Drogenkonsumenten in Augsburg unter besonderer Berücksichtigung von Maßnahmen zur Reduzierung der Zahl der Todesfälle". Veranstalter: München. IFT. Augsburg. Bezirkskrankenhaus.
Körkel, J. (Hrsg.) (1996)	Rückfall muss keine Katastrophe sein, Blaukreuz-Verlag Wuppertal.
Körkel, J., Kruse, G. (2005)	Basiswissen: Rückfall bei Alkoholabhängigkeit, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
Körkel,J ; Kruse, G. (1993)	Mit dem Rückfall leben. Psychiatrie-Verlag, Bonn
Körkel,J., Schindler, C., (1998)	Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA 16). Nürnberg: Fachhochschule, FB Sozialwesen.
Küfner, H.; Denis, A.; Roch, I.; Arzt, J.; Rug, U. (1994)	Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden
Kulick, B. (1999)	Warum bewilligen wir genau das? - Indikationskriterien in der Auswahl von Maßnahmen aus Sicht eines Leistungsträgers. SUCHT AKTUELL 1, S. 8-13.
Kunze, H., Kaltenbach, L. (Hrsg.) (1996)	Psychiatrie-Personalverordnung, Verlag W. Kohlhammer, 3. erw. Auflage.
Kutscher, G. (1989)	Frauenspezifische Suchtarbeit, in: Donna Vita, Schriftenreihe Sexueller Missbrauch, Band 2, Berlin.
Landeshauptstadt Hannover (05/2002)	Jugend- und Sozialdezernat: Sozialbericht 2002, Bericht zur sozialen Situation in Hannover.
Lind, W. (1998)	BUDO – Der geistige Weg der Kampfkünste, O.W. Barth Verlag, München.
Linehan, M.M. (1996)	Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München.
Märtens, M., Petzold, H.G. (1998b)	Wer und Was wirkt Wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren" oder hilfreiches Konstrukt? in: Integrative Therapie 1/1998, S. 98-110, Junfermann, Paderborn.
Maslow, A.,H. (1968)	Toward a Psychology of being. New York
Mei, van der, S.H., Petzold, H.G., Bosscher, R.J. (1997)	Runningtherapie, Stress, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, in: Integrative Therapie 3/1997, S. 374-429, Junfermann, Paderborn.
Möller, I., Schmid, R. (1993)	Modellprogramm Ambulante Ganztagsbetreuung Drogenabhängiger, Abschlußbericht,
Montaigne, de, M. (2002)	Essais, Drittes Buch, Goldmann Verlag, Frankfurt.
Moreno, J.L. (1988)	Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Thieme Verlag, Stuttgart.
Neuenschwander, B. (2003)	Gerechtigkeit in der Integrativen Therapie, in: Integrative Therapie 1/2003, S. 65-90, Junfermann, Paderborn.
Oehler, E. (2005)	Ernährungsmedizin und Diätetik in Rehabilitationseinrichtungen, Deutsche Rentenversicherung Bund
Orth, I. (2002)	Weibliche Identität und Leiblichkeit. Integrative Therapie 3-4/2002, Seite 303-324, Junfermann, Paderborn.
Orth, I., Petzold, H.G. (1998a)	Heilende Bewegung – Die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie, in: Illi, U., Breithecker, D., Mundigler, S., (Hrsg.), Bewegte Schule – gesunde Schule, Eigenverlag IFB, Zürich.
Osten, P. (2000)	Die Anamnese in der Psychotherapie, Ernst Reinhardt, München.
Perls F.,S. (1979)	Gestalttherapie in Aktion. Paderborn. Junfermann
Petzold, H. (1974)	Drogentherapie. Fachbuchhandlung für Psychologie Verlagsabteilung, D
Petzold, H.G. (1979a):	Konzepte einer integrativen Rollentheorie auf der Grundlage der Rollentheorie Morenos, in: Psychodrama-Therapie. Integrative Therapie. Beiheft 3 1979, S. 435-463, Junfermann, Paderborn.
Petzold, H.G. (1982a)	Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater. Hippokrates Verlag, Stuttgart.
Petzold, H.G. (1983e)	Nootherapie und die säkulare Mystik in der Integrativen Therapie, in: Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Junfermann, Paderborn.
Petzold, H.G. (1987c)	Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien

	und einer intermedialen Kunstpsychotherapie, in: Integrative Therapie 2-3/1987, Junfermann, Paderborn.
Petzold, H.G. (1995)	Integrative Therapie in der Lebensspanne. Zur entwicklungspsychologischen und gedächtnistheoretischen Fundierung aktiver und leibzentrierter Interventionen bei frühen Schädigungen und negativen Ereignisketten in unglücklichen Lebenskarrieren. in: Petzold (Hrsg.), Die Kraft liebevoller Blicke. Band 2, Junfermann, Paderborn
Petzold, H.G. (1996a)	Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Junfermann, Paderborn
Prohaska, J.O.; DiClemente, C.C. (1983)	Stages and processes of self-change of smoking: Towards a more integrative model of change. Consult Clin Psychol 51, S. 390 – 395
Quitmann, H. (1991)	Humanistische Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
Reis, J. (1996)	Inventar zur Messung der Ambiguitätstoleranz. Heidelberg. Asanger.
Rudolf, G. (2006)	Strukturbezogene Psychotherapie, Leitfaden zur Psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Schattauer Verlag, Stuttgart.
Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P.	Die Struktur der Persönlichkeit. Schattauer Verlag, Stuttgart. *(2002)*
Sachse, U. (2005)	Traumazentrierte Psychotherapie. Schattauer Verlag, Stuttgart.
Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (Bearb.) (2003)	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR, Hogrefe-Verlag.
Schelp, T. et al. (1990)	Rational- Emotive Therapie als Gruppentraining gegen Stress. Seminarkonzepte und Materialien, Verlag Hans Huber.
Schlippe; A. v. & Schweitzer, J. (1998)	Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Stuttgart. Vandenhoek.
Schmidt, G. (1988)	Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht In: Körkel et al. (Hrsg.): Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht? Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 173 – 213
Schmieder, A. (1992)	Sucht: Normalität der Abwehr, Lambertus, Freiburg im Breisgau
Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Hrsg.)	Band 14, Nomos Verlagsgesellschaft,Baden-Baden.
Schröder, G., Brendel, T. (2004)	Affekt-Kontroll-Training – Quigong Dancing, Books on Demand, Norderstedt.
Schroeder, W. (2003)	Paradigmenwechsel in der Behandlung Suchtkranker – Integrierte Behandlung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen, Kliniken Wied.
Schuch, W. (2000)	Grundzüge eines Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie. Integrative Therapie 2-3/2000, Seite 145-202
Schuntermann, M.F. (2005)	Einführung in die ICF. Ecomed Medizin, Landsberg/Lech.
Schwarzer, R. (1993)	Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin.
Schwertl, W., Emlein, G., Staubach, M., Zwingmann, E. (1998)	Sucht in systemischer Perspektive. Göttingen. V. & R.
Sickinger, R. (1992)	Wege aus der Drogenabhängigkeit. In: SICKINGER, R. et al. (Hrsg.) Wege aus der Drogenabhängigkeit. Lambertus, Freiburg. S 39 –102
Sieper, J. (2001)	Das behaviorale Paradigma und der Begriff des komplexen Lernens im Integrativen Ansatz klinischer Therapie, Sozialtherapie und Agogik, in: Integrative Therapie 1-2/2001, S. 105-144, Junfermann, Paderborn.
Sieper, J., Petzold, H.G. (2002)	Der Begriff des Komplexen Lernens und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimension eines behavioralen Paradigmas in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/ Hückeswagen. Bei www.FPI-Puplikationen.de/ma-terialien.htm-PLOLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 10/2002.
Simmedinger, R., Frietsch, R. (1997)	Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung Modellprojekt Schuldnerberatung und Entschuldungshilfe im Trägerverbund, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, ISS Aktuell 28.
Spanagel, R. (2001)	Gibt es ein Drogen- und Suchtgedächtnis? Hinweise aus tierexperimentellen Untersuchungen, Sucht 4/2-4.
Spitzer, M. (2003)	Lernen – Gehirnforschung und die Schule des Lebens, Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg.
Strauß, K. (1998)	Der Einsatz von Akupunktur in der Behandlung des Drogenentzugssyndroms, in: Hecker, U.: Ohr-, Schädel-, Mund-, Hand-Akupunktur, Hippokrates Verlag, 2., neubearb. u. erw. Auflage, Stuttgart.
Teschke, F. (1999)	Ein statistischer Überblick über 20 Jahre Belegung der Einrichtung und die

	Eigenschaften unseres Klientels. Veröffentlichung im Selbstverlag zum 20-jährigen Jubiläum von Schloss Pichl.
Thomasius, R. (2005)	Jugendkult Cannabis - Risiken und Hilfen, in: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Dokumentation der Fachtagung im Nov. 2004 in Berlin.
Tielking, K., Kuß, G. (Hrsg.) (2003)	Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger – Abschlussbericht zum Modellprojekt Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS), Band 7 der Schriftenreihe „Sucht und Drogenforschung“ , Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.
Tölle, F. (2000)	Psychiatrie. Heidelberg. Springer
Toshimaro Ama	*Zen* - Der Weg zu Satori (DVD) MICO/NHK, Japan; Dt. Aufl. KOMPLETT-MEDIA GmbH, München/Grünwald,
Tretter, F., Erbas, B., Sonntag, G. (2004)	Ökonomie der Sucht und Suchttherapie, Verlag
Verband Deutsche r Rentenversicherungsträger (2004)	Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale sowie Therapieziel-Katalog, DRV Schriften, Band 56, November 2004.
Vollmer, H.C.; Ferstl, R.; Ellging, H. (1992)	Individualised behaviour therapy for drug addicts. In: Bühringer, G. et al. (Hrsg.), Drug addiction treatment research: American and german perspectives. Krieger, Malabar, S. 333 – 352
Vormann, G. (1985)	Therapeutische Gemeinschaft, das Heil in der Gruppe, in: Petzold: Wege zum Menschen Band 2, Junfermann-Verlag, Paderborn.
Wagner, H.-B., Krausz, M., Schwoon, D.R. (Hrsg.) (1996)	Tagesklinik für Suchtkranke, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.
Wagner, W. (2002)	AIKIDO Schwertarbeit in der Psychotherapie in: Schettgen, P., Heilen statt hauen, Ziel Verlag, Augsburg.
Wanke, K. (1985)	Normal – abhängig – süchtig: Zur Klärung des Suchtbegriffs. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) S. 11-22
Watzl, Hans (1999)	Wissenschaftliche Befunde zur Therapieindikation und ihr praktischer Nutzen. SUCHT AKTUELL 1, S. 4-7.
Weissinger, Volker (2006)	Zentrale Aspekte für die Gesundheitsreform 2006 aus Sicht des Fachverbandes Sucht e. V.
Wernet, M.C. (2002)	Das Drama des geistig behinderten Menschen. Integrative Therapie 3-4/2002, Seite 286-302, Junfermann-Verlag, Paderborn.
Wiemann, J.M., Giles, H. (1996)	Interpersonale Kommunikation. In: Stroebe et al. (Hrsg.) (1996) Sozialpsychologie. Springer Berlin, Heidelberg.
Wilms, R. (2005)	Ergotherapie mit suchtkranken Menschen. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein.
Wittchen, H-U. et al. (1997)	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen Hogrefe.
Wohlfahrt, R. (1988)	Sucht und Rückfall als Ausdruck narzisstischer Störungen, in: Joachim Körkel (Hrsg.), Der Rückfall des Suchtkranken - Flucht in die Sucht?.
Wurmser (1997)	Die verlorene Dimension. V & R, Göttingen
Zemlin, U. (1995)	Indikationskriterien für ambulante und/oder stationäre Therapie. SUCHT AKTUELL 3.