



KONZEPT

Kompass City

AZA

Ambulantes Zentrum Augsburg

Das vorliegende Konzept basiert auf dem Konzept von Condrops e.V., welches mit dem Trägerwechsel zum 1. Juli 2013 auf die gemeinnützige Kompass Drogenhilfe GmbH überging. Dieses seinerzeit von Dr. Kay Wohlgemuth erarbeitete Konzept wurde geringfügig modifiziert, aktualisiert und dem neuen Umfeld angepasst.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung	03
2.	Allgemeines	04
2.1	Trägerschaft	04
2.2	Leitlinien	04
3.	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	05
3.1	Einzugsbereich und Infrastruktur	05
3.2	Kostenträger	05
3.3	Zielgruppe	05
3.4	Behandlungsplätze und -dauer	06
3.5	Wochenstruktur	06
4.	Rehabilitationskonzept	06
4.1	Theorien und Modelle	06
4.1.1	Menschenbild	06
4.1.2	Theorie der Suchterkrankung: Multikausales Modell	07
4.1.3	Psychologische Theorien	08
4.1.4	Sozialwissenschaftliche Modelle	10
4.1.5	Begriff der stofflichen Abhängigkeit	10
4.2	Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	11
4.2.1	Indikationen	11
4.2.2	Komorbiditätsstörungen	12
4.2.3	Kontraindikationen	12
4.3	Rehabilitationsziele	12
4.3.1	Medizinische Zielsetzung	13
4.3.2	Allgemeine psychotherapeutische Zielsetzung	13
4.3.3	Psychosoziale Zielsetzung	14
4.4	Rehabilitationsdauer	14
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	15
4.6	Substitutionsgestützte Entwöhnungsbehandlung	17

4.7	Rehabilitationsprogramm	19
4.7.1	Eingangsphase	19
4.7.2	Intensivphase	19
4.7.3	Abschluss- und Übergangsphase	20
4.7.4	Verlängerung der Behandlung	20
4.7.5	Beendigung der Behandlung und Entlassungsbericht	20
4.8	Rehabilitationselemente	21
4.8.1	Aufnahmeverfahren	21
4.8.2	Rehabilitationsdiagnostik	21
4.8.3	Medizinische Behandlung	23
4.8.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzelgespräche und Gruppenangebote	24
4.8.5	Arbeitsbezogene Maßnahmen	26
4.8.6	Sporttherapie und Entspannung	28
4.8.7	Freizeitangebote	29
4.8.8	Sozialpädagogische und sozialarbeiterische Angebote	30
4.8.9	Gesundheitsberatung und Ernährung	30
4.8.10	Angehörigenarbeit	32
4.8.11	Rückfallarbeit	32
4.8.12	Beendigungskriterien und Entlassbericht	38
5.	Personelle Ausstattung	38
6.	Räumliche Gegebenheiten	40
7.	Kooperation und Vernetzung	40
7.1	Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen und Personen	40
7.2	Zusammenarbeit innerhalb der Kompass Drogenhilfe und Lehmbau	41
7.3	Zusammenarbeit mit Beratungsstellen	41
7.4	Zusammenarbeit mit Nachsorgeeinrichtungen und Selbsthilfe	41
8.	Maßnahmen der Qualitätssicherung	42
9.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	42
10.	Notfallmanagement	43
11.	Fortbildung	44
12.	Supervision	44
13.	Hausordnung / Therapievertrag	44
14.	Datenschutz	44
15.	Anhängende Dokumente	44

1. Einleitung

Der Ausbau der ambulanten Behandlungsangebote in der Suchtkrankenversorgung wird aus verschiedensten Gründen seit langem gefordert. Gründe sind die möglichen Vorteile regionaler Vernetzung, die Alltagsnähe der therapeutischen Maßnahmen und nicht zuletzt die erhofften Kosteneinsparungen. 2010 wurden 71 % der Leistungen in der medizinischen Rehabilitation in der Indikation Abhängigkeitserkrankungen für stationäre und 29 % für ambulante Entwöhnungs-behandlungen bewilligt.

Positive Behandlungsergebnisse der ganztägig ambulanten Suchtrehabilitation (FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008) können nachgewiesen werden, wenn es auch bisher geringe Fallzahlen im Vergleich zur stationären Behandlung gibt.

Bei den Katamneseergebnissen ist interessant, dass bessere Abstinenzquoten bei „abstinent nach Rückfall“ zu finden sind im Vergleich zu den stationären Einrichtungen. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass der Alltagsbezug der ganztägig ambulanten Rehabilitation besser auf eine Rückfälligkeit und deren Bewältigung vorbereitet und dadurch nachhaltige Ergebnisse erzielt werden können.

(s. auch Sucht Aktuell, Jahrgang 18/01.11)

2006 hat der Verein Condrobs e.V. eine Anerkennung der Deutschen Rentenversicherung Schwaben für die ganztägig ambulante Rehabilitation in Augsburg für alle Abhängigkeitserkrankungen. Im Jahre 2011 eröffnete Condrobs die ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung am Klinkerberg 1 in Augsburg im Rahmen des Ambulanten Zentrums in dem auch die berufs begleitende ambulante Rehabilitation untergebracht war.

Mit Zustimmung der Deutschen Rentenversicherung Schwaben und der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern übertrug Condrobs e.V. mit Wirkung vom 1. Juli 2013 im Rahmen eines Betriebsübergangs das Ambulante Zentrum Augsburg auf die gemeinnützige Kompass Drogenhilfe GmbH in Augsburg.

Die Kompass Drogenhilfe baut wie bisher auf die regionale Vernetzung mit der Suchthilfe, der Medizin und den sozialen Diensten vor Ort. Vor allem wird das Ziel der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben durch Arbeitserprobungen, Praktika und arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen erreicht werden.

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 60 km die einzige Tagesrehabilitation für alle Abhängigkeitserkrankungen (ohne Essstörungen, Spiel- und Internetsucht).

Für die medizinische Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger. Grundlagen für die ganztägige - 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

Das vorliegende Konzept ist die Modifikation des seinerzeit von Condrops eingereichten und genehmigten Konzeptes für das Ambulante Zentrum Augsburg. Die Modifikationen und Ergänzungen hat der Leiter von Kompass.City mit den TeamkollegInnen vorgenommen. Das Ambulante Zentrum in Augsburg befindet sich zentral im dritten Stock eines Jugendstilhauses acht Minuten vom Hauptbahnhof entfernt. Zu Kompass.City gehört weiter im gleichen Gebäude eine stationäre Rehabilitationseinrichtung mit einer sechsmonatigen Kerntherapie, sowie einer internen Adaption von drei Monaten. Beide Einrichtungen sind miteinander verzahnt und zu einer guten Synergie geworden, ohne den je unterschiedlichen Auftrag zu vernachlässigen. In der über 20-jährigen Erfahrung der Kompass Drogenhilfe ist das AZA eine sinnvolle und „moderne“ Ergänzung zu den anderen Hilfsangeboten des Trägers und es kann zu einer wirkungsvollen gegenseitigen Ergänzung führen.

2.1 Trägerschaft

Träger des Ambulanten Zentrums in Augsburg ist die gemeinnützige Kompass-Drogenhilfe GmbH. Die Gesellschaft ist Mitglied im Paritätischen, Landesverband Bayern und im Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR).

Die Kompass Drogenhilfe wurde 1991 gegründet und ist ein Tochterunternehmen der Augsburger Lehmbaugruppe. Mittlerweile betreut die Kompass Drogenhilfe in 11 Einrichtungen in Schwaben mit rund 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene sowie Frauen und Männer mit einer Suchtproblematik.

2.2 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 den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nachhaltig eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und eine Integration in den Arbeitsmarkt. Kompass steht für Abstinenzorientierung und zeichnet sich durch ein gutes und tragfähiges internes und externes Netzwerk zum Wohle der RehabilitandInnen aus (siehe dazu auch 7.).

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Die ambulante Rehabilitationseinrichtung trägt den Namen `Ambulantes Zentrum Augsburg` (AZA).

Träger der Einrichtung ist die	Kompass Drogenhilfe, Piccardstr. 15a, 86159 Augsburg
Geschäftsführer:	Fritz Schwarzbäcker
Einrichtungsleitung:	Georg Lachenmair
Ärztliche Leiter:	Drs. Soukup, Schuler und Croseck

3.1 Einzugsbereich und Infrastruktur

Augsburg ist heute mit über 275.000 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.

Bei kompass.City können 24 RehabilitandInnen stationär, 12 ambulant und weitere 12 berufsbegleitend behandelt werden. Eine Nachsorgegruppe ist ebenfalls im Angebot. Indikation sind alle stoffgebundenen Abhängigkeitsformen.

Die Einrichtung ist mit Bus und Tram sowie fußläufig hervorragend erreichbar.

Sportangebote werden teilweise extern und in den Sporthallen von kompass.City durchgeführt.

3.2 Kostenträger

Federführender Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Schwaben. Seit 1.7.2012 wird die Einrichtung auch von den gesetzlichen Krankenkassen gemäß SGB V belegt.

3.3 Zielgruppe

Im Ambulanten Zentrum können Menschen ab dem 18. Lebensjahr aufgenommen werden, die von legalen und illegalen Substanzen abhängig sind.

Das AZA verfolgt ein integratives Konzept, d.h. es werden Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige sowie Substituierte gemeinsam behandelt. Es gibt bereits bundesweit in ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gute Erfahrungen mit der gleichzeitigen Behandlung von Alkohol- und Medikamenten- einerseits und Drogenabhängigen andererseits.

Die vorrangige Orientierung auf Persönlichkeit und Störung und nicht auf den Suchtstoff trägt auch der Veränderung Rechnung, dass die Zahl der Menschen wächst, die legale wie illegale Suchtmittel abhängig konsumieren. Menschen mit illegalem abhängigem Konsum kommen mittlerweile aus allen Schichten und Milieus (s. Zeitschrift Rausch 5/6.2010 G. Eckstein).

3.4 Behandlungsplätze und -dauer

Das Ambulante Zentrum Augsburg hat insgesamt 12 Behandlungsplätze. Bei der Belegung wird darauf geachtet, dass der Anteil von Abhängigen von illegalen Drogen und legalen Drogen ausgeglichen ist. Die Regelbehandlungsdauer ist bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bis 15 Wochen, bei Drogenabhängigkeit bis 26 Wochen.

3.5 Wochenstruktur

Die RehabilitandInnen befinden sich von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.30 Uhr bis 16.00 Uhr sowie am Samstag in der Zeit von 09.00 Uhr bis 13.00 Uhr zur Behandlung in den Räumlichkeiten des Ambulanten Zentrums bzw. in an das Ambulante Zentrum angeschlossenen externen Maßnahmen. Die angegebenen Zeiten sind für alle RehabilitandInnen verbindlich (s. Anlage exemplarischer Wochenplan).

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theorien und Modelle

4.1.1 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)

In seinem Wesen strebt der Mensch nach Aktivität, Lebendigkeit und danach, seine Kreativität und Spontaneität zu entfalten. „Spontaneität treibt den Einzelnen zu angemessenen Reaktionen auf eine neue Situation oder zu neuen Reaktionen auf eine alte Situation.“ (Moreno, 1974, S. 13) Spontaneität ist dabei *nicht* als impulsives Ausagieren zu verstehen, wie dies im Alltag oft gebraucht wird, das Handeln des Menschen ist dann als „... spontan, wenn es 1. eigenbestimmt, 2. erstmalig, 3. angemessen und 4. authentisch ist.“(Krüger, 1997, S. 14).

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

4.1.2 Theorie der Suchterkrankung: Multikausales Modell

Theoretiker/innen und Praktiker/innen sind sich mittlerweile weitestgehend einig darüber, 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).

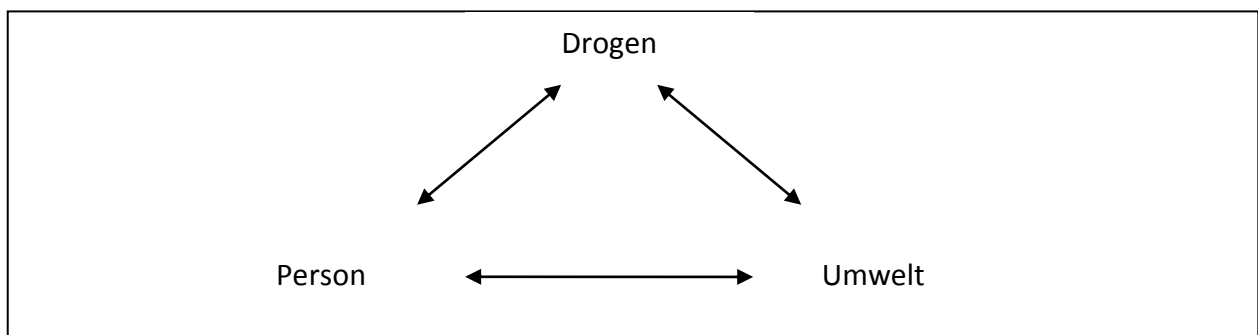


Abb.2: Das Drei-Faktoren-Modell der Sucht (Feuerlein, 1989)

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 der Tagesklinik 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 internationale Klassifikationssystem 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 Abhängigkeitserkrankungen 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 gesellschaftlichen Leben.

4.1.3 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 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 Drogeneinnahme. Auch dem sog. Modelllernen (*Bandura, 1976, d.h.* der Beobachtung und Nachahmung des Verhaltens einer attraktiven Person v. a. in Familie und Peer-group) kommt hohe Bedeutung bei den ersten Drogeneinnahmen und beim weiteren Konsum- und Suchtverhalten zu. Schließlich können ursprünglich neutrale Reize infolge Kombination mit der Droge selbst auslösende Funktion erhalten und somit zum Auslöser von Rückfall und Drogenkonsum werden. (Klassische Konditionierung)

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 Konsum von Drogen 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 Drogenwirkung kommen jedoch wieder die Unlustgefühle auf, und das Bedürfnis nach Verschmelzung entsteht erneut. In dem Teufelskreis aus Drogeneinnahme, erlebter Verschmelzung, Wahrnehmung gestörter Beziehung zu sich selbst und zur Umwelt, weiterem Bedürfnis nach Verschmelzung und schließlich Drogeneinnahme entsteht dann schließlich nach und nach die Drogenabhängigkeit.

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

So beschreibt z.B. Baudis (1994, a.a.O. S 42) die „süchtige Beziehungsstruktur“ als Kommunikations-struktur, in welcher der Süchtige folgende ihr zugrundeliegenden Strategien oder Kommunikationsregeln benutzt: „Die Macht, die Beziehung zu definieren, wird vorbehalten“ und „... die Beziehungsdefinition des anderen wird (metaphorisch) abgewertet oder entwertet.“

Schaef (1997) spricht in Zusammenhang mit der „Beziehungssucht“ von vier Pseudo-Beziehungen, die gerade auch Drogenabhängige eingehen: „Da ist zunächst, erstens, meine Beziehung mit deiner Maske und, zweitens, deine Beziehung mit meiner Maske.“ Und: „Da ist, erstens, meine Projektion auf dich, wie ich dich sehe und, zweitens, deine Projektion auf mich, wie du mich siehst. (Schaef, 1997, S. 127 und S. 128, Hervorhebungen durch uns.)

Nach psychodramatischer Sichtweise, welche die Beziehung ebenfalls ins Zentrum ihrer Betrachtung stellt, liegt beim Süchtigen ein Spontaneitätsdefizit vor, er zeigt Auffälligkeiten in der Qualität der Beziehungen. 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 Rollenentwicklung.

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 (Drogeneinnahme) vor. Aus Gründen der Selbst-unsicherheit 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 durch andere sind starke Abweichungen vorhanden.

4.1.4 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 drogenbezogene 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 Rate der Arbeitslosen sowie eine weite Entfernung zu Drogenzentren und Verkehrsknotenpunkten als Schutzfaktor heraus stellen.

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

Die AWMF-Leitlinien zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen sind im Behandlungskonzept berücksichtigt (www.awmf.org).

4.1.5 Begriff der stofflichen Abhängigkeit

Grundlage der Definition ist der Abhängigkeitsbegriff, wie er in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; GM), F 1x Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotropen 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)

4.2 Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen

4.2.1 Indikationen

Die ganztägig ambulante Rehabilitation eignet sich grundsätzlich für Rehabilitanden mit einem Abhängigkeitssyndrom durch

- Alkohol (ICD-10 F10.2)
- Opioide (ICD-10 F11.2)
- Cannabinoide (ICD-10 F12.2)
- Sedativa oder Hypnotika (ICD-10 F13.2)
- Kokain (ICD-10 F14.2)
- Stimulantien (ICD-10 F15.2)
- Halluzinogene (ICD-10 F16.2) oder
- multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (ICD-10 F19.2)

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

- Der/die zu behandelnde Rehabilitand/in ist mindestens 18 Jahre alt.
- Eine günstige Prognose hinsichtlich eines positiven Verlaufs und eines positiven Behandlungsergebnisses liegt vor.
- Der/die Rehabilitand/in hat einen festen Wohnsitz, führt weitgehend stabile - und möglichst cleane - familiäre, partnerschaftliche und/oder freundschaftliche Beziehungen und bemüht sich um eine aktive und sinnvolle Freizeitgestaltung. Der/die Rehabilitand/in ist ausreichend mobil, um das Ambulante Zentrum an den Behandlungstagen innerhalb 50 Minuten erreichen. Diese Voraussetzungen sind erforderlich, um während der Zeiten ohne Behandlung im Ambulanten Zentrum (abends und am Wochenende) eine ausreichende Grundstabilität zu gewährleisten.
- Das Vorhandensein einer beruflichen Perspektive wäre für die Behandlung förderlich, kann aber auch im Laufe der Therapie entwickelt werden (soziale Voraussetzungen).
- Der/die Rehabilitand/in verfügt über ein ausreichendes Maß an Krankheitseinsicht, an Veränderungsmotivation zu einem drogenfreien Leben sowie an Fähigkeit und Bereitschaft, aktiv und selbstverantwortlich an der Behandlung und dem alltäglichen Geschehen in der Tagesklinik mitzuwirken. Der/die Rehabilitand/in sollte in der Lage sein, den Therapieplan und die Hausordnung einzuhalten, therapeutische Beziehungen aufzubauen und soweit stabil sein, dass er/sie die behandlungsfreien Zeiten abstinenter überbrücken kann (therapeutische Voraussetzungen).
- Vor Aufnahme in die Tagesrehabilitation muss der/die RehabilitandInnen nötigenfalls eine Entgiftungsbehandlung abgeschlossen haben. Am Tage der Aufnahme ist die

aktuelle Substanzfreiheit anhand eines Drogenscreenings / Atemkontrolle nachzuweisen.

- Eine gültige Kostenzusage muss vorliegen (formale Voraussetzungen).

4.2.2 Komorbiditätsstörungen

Folgende psychische Komorbiditätsstörungen können mitbehandelt werden:

- Depressionen (F32/33/34.x (ohne psychotische Symptomatik) nach ICD-10)
- Angst- und Zwangserkrankungen (F40.x, F41.x, F42.x, F43.x nach ICD-10)
- Persönlichkeitsstörungen (F60.x nach ICD-10)
- Nikotinabusus (F17.1, F17.2x nach ICD-10)

4.2.3 Kontraindikationen

Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit folgenden Erkrankungen können nicht behandelt werden:

- Erkrankungen mit Pflegebedürftigkeit
- akute psychiatrische Erkrankungen, wie z. B. Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, akute Suizidalität, schwere hirnorganische Störungen

4.3 Rehabilitationsziele

Analog dem bio-psycho-sozialen Modell werden mit dem Rehabilitanden gemeinsam bereits in der Motivationsphase, vor allem aber in der ersten Therapiephase die Rehabilitationsziele entwickelt. Hierbei hat der/die für die medizinische Rehabilitation verantwortliche Arzt/Ärztin den maßgeblichen Entscheidungsauftrag.

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 internationale Klassifikationssystem 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 nicht nur auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen, dies ist bei chronischen Erkrankungen einschließlich einer Alkoholabhängigkeit 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 Arbeits- und gesellschaftlichen Leben.

4.3.1 Medizinische Zielsetzung

Um das Therapieziel, die volle Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu erreichen, werden vom Arzt/von der Ärztin die Schritte bei der medizinischen Betreuung festgelegt. Die Behandlung von Infektionen, spezielle Präventionsmaßnahmen sowie Hygiene und Ernährungsberatung und die Behandlung von körperlichen Begleiterkrankungen werden vom ihm/ihr durchgeführt bzw. er/sie vermittelt zu speziellen medizinischen Diensten.

4.3.2 Allgemeine psychotherapeutische Zielsetzung

Um Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe nach ICF zu beheben werden folgende Rehabilitationsziele verfolgt:

- Verbesserung der Körperfunktionen und Körperstrukturen, insbesondere der psychischen Funktionen wie Verminderung von negativen Affekten, Stärkung und/oder Differenzierung von Selbstwahrnehmung/Selbstwertgefühl, Umgang mit Krisensituationen und Bewältigung von Rückfallsituationen, die Erhaltung und dauerhafte Stabilisierung der Abstinenz und die Entwicklung und Förderung von Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation
- Aktivitäten z.B. in den Bereichen Beziehungs- und Leistungsfähigkeit, Tagesstrukturierung

Dabei gehen wir von vier verschiedenen psychotherapeutischen Wegen aus, die je nach individueller Vereinbarung der Therapieziele, in unterschiedlicher Gewichtung, Bedeutung in der Behandlung der/des Rehabilitandin/Rehabilitanden erlangen:

- Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung und Einsicht
- Nachsozialisation, Grundvertrauen und emotionale Differenzierung
- Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung
- Solidaritätserfahrung und alltagspraktische Hilfen

4.3.3 Psychosoziale Zielsetzung

Für die Maßnahmen im Rahmen der psychosozialen Zielsetzungen ist das Behandlungssetting der ganztägig ambulanten Rehabilitation besonders geeignet.

Im Zentrum stehen Integrationsschritte bei der Begegnung mit der Arbeitswelt, suchtmittelfreien Beziehungen und sozialem/kulturellem Engagement.

Ein Teil der Zielsetzung ist die Einbindung und die Kontaktaufnahme in bzw. mit Selbsthilfegruppen. Die psychosoziale Zielsetzung beschreibt in erster Linie den Erhalt bzw. die Wiedererlangung von Ausbildung und Arbeit, berufliche Entwicklungsprozesse sowie z.B. den verantwortlichen Umgang mit Wohnung und Freizeit.

Bei manchen abhängigkeitskranken Menschen, insbesondere aber bei Jugendlichen oder jungen erwachsenen Menschen mit stoffgebundener Abhängigkeit, die noch keinen Schul- oder Berufsabschluss erreicht haben, stellt das Erlangen oder zumindest das Ziel eines Abschlusses einen wichtigen Teil der Rehabilitation dar. Den Anstrengungen zur Eingliederung und Teilhabe in das Arbeitsleben kommt in Anbetracht der zunehmenden Jugendarbeitslosigkeit, der Umstrukturierung der Arbeits- und Berufswelt und den hohen Anforderungen an Flexibilität, Mobilität und der Erwartung des „lebenslangen Lernens“ besondere Bedeutung zu. Für diejenigen Menschen, deren Berufstätigkeit so weit zurückliegt, dass nicht unmittelbar daran angeknüpft werden kann, sind ggf. berufsvorbereitende Hilfen, wie Förderungslehrgänge oder Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge erforderlich.

Liegen keine ausreichend gesicherten Erkenntnisse vor, welche Leistungen geeignet sind, das Ziel der beruflichen Rehabilitation zu erreichen, können ggf. Arbeitserprobung, Trainingsmaßnahmen oder Maßnahmen der Eignungsabklärung weiterhelfen. Diese Maßnahmen haben teils diagnostische, teils vorbereitende Funktionen. An ihrem Ende stehen die Beurteilung des Leistungsvermögens aufgrund der praktischen Erprobung und die Formulierung für das weitere Vorgehen.

Die Bündelung der Zielsetzungen stellt den Prozess dar,

- den "Sinn" des jeweiligen Suchtmittels in der Biographie zu begreifen;
- die inneren Motive und äußeren Bedingungen für Rückfallgefährdung frühzeitig zu erkennen und
- eine Erweiterung und Vertiefung der Motivation zu abstinentem Leben abzusichern.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Gesamtbehandlungsdauer bei der eigenständigen ganztägigen Rehabilitation liegt bei Drogenabhängigen bis zu 26 Wochen, Auffangbehandlung bis 12 Wochen, bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen bis zu 15 Wochen, Auffangbehandlung bis zu 8 Wochen. Wie schon weiter vorne bei 4.2.4 erläutert kann bei einer Kombinationsbehandlung oder Modultherapie der zeitliche Rahmen größer sein – je nach vorliegender Kombination.

Die Rehabilitationsdauer kann – in Abhängigkeit von der Indikationslage des/der Rehabilitanden/in und in Abstimmung auf den individuellen Behandlungsplan um bis zu zwei Monate verlängert sein. Die geplante Therapiedauer wird zu Beginn der Behandlung auf die vorangegangenen bzw. nachfolgenden Maßnahmen abgestimmt. Gründe für eine Verlängerung können z. B. eine aufwändige Differentialdiagnostik zu Behandlungsbeginn, ein verzögerter Aufbau von Veränderungsmotivation oder schwerwiegende Probleme im sozialen Umfeld, z.B. nach Haftentlassung fehlende Krankenversicherung, fehlende Klärung über die Zuständigkeit des Trägers für den Lebensunterhalt.

Gründe für eine Verkürzung der bewilligten Behandlung können darin liegen, dass die Therapieziele bereits ausreichend erreicht werden konnten und eine ambulante Weiterbehandlung ausreichend erscheint (s. auch 4.6.4 und 4.6.5).

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Nach dem Abschluss der Eingangsdiagnostik entwickelt der Bezugstherapeut/die Bezugstherapeutin gemeinsam mit dem/der Rehabilitanden/in den Behandlungsplan, der sich aus der Formulierung genereller, umfassender und langfristiger Ziele und zeitlich näher liegender Zwischenziele zusammensetzt. Diese Therapieziele und der daraus abgeleitete Behandlungsplan wird im Fallteam unter Leitung des Arztes besprochen und abgestimmt. Der Therapieplan enthält modulare Bausteine hinsichtlich Methoden und Maßnahmen zur Erreichung der Ziele.

Der Bezugstherapeut/die Bezugstherapeutin integriert dabei verantwortlich die fachliche Einbindung der am Behandlungsprozess beteiligten multiprofessionellen Fachkräfte.

Der Behandlungsplan kann schon zu Beginn über die Behandlung innerhalb eines Behandlungsangebotes hinausreichen und anschließende Behandlungsangebote aus dem Gesamtangebot vorsehen, wenn Diagnostik und Zielsetzung dies nahe legen. Ansonsten sind Diagnostik und Behandlungsplanung als adaptives, den Prozess begleitendes Geschehen zu verstehen und im weiteren Verlauf offen für Modifikation, Änderungen, Reduzierungen und Erweiterungen.

Die Behandlung von Sucht und Drogenabhängigkeit wird auf der wissenschaftlichen Grundlage der o. g. lerntheoretischen und psychoanalytischen Modelle, erweitert um psychodramatische, beziehungsstrukturorientierte, systemische, integrative sowie eine Vielzahl weiterer Ansätze durchgeführt. Sozialwissenschaftliche Ergebnisse werden besonders im lebensweltlichen Umfeld mit einbezogen. Neurobiologische und genetische Erkenntnisse werden ebenfalls der Behandlung zugänglich gemacht.

Im Einzelnen kommen folgende Therapieansätze zur Anwendung:

- **Verhaltenstherapeutische Methoden** werden in Form von Modelllernen, operantem Lernen, Verhaltenstrainings sowie Soziale Kompetenz-Trainings in der Einzel- und in der Gruppentherapie angewandt. Ergänzt werden diese durch kognitive Methoden. Eingesetzt werden diese u. a. zur Förderung kurzfristiger und mittelfristiger Erfolgserlebnisse, zur weitergehenden Verhaltensmodifikation und bei Persönlichkeitsstörungen.
- **Psychodrama und Soziometrie** werden angewandt u. a. zur Förderung von Spontaneität und Kreativität, von Beziehungsfähigkeit, von Rollenvielfalt und Rollenflexibilität.
- **Körperorientierte Maßnahmen** werden angewandt in Form von Körpertherapie, Entspannungstechniken und speziellen Übungen u. a. zur Förderung von Entspannung sowie von Selbst- und Körperwahrnehmung. Dieser werden ergänzt durch die Teilnahme an sportlichen und sport- und bewegungstherapeutischen Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Tagesrehabilitation.

- **Psychoedukative Maßnahmen** werden durchgeführt u.a. in Form von Vorträgen und Seminaren zu den Themen: Sucht und Suchtentstehung, neurobiologische Grundlagen, Drogenkunde, Gesundheitsverhalten, Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten, Kulturelle Themen. Verantwortlich für die Durchführung sind die MitarbeiterInnen des Ambulanten Zentrums, externe ReferentInnen aus dem Sozial-, Gesundheits-, Kultur- und Bildungsbereich, VertreterInnen von Selbsthilfegruppen).
- **Arbeits- und Freizeitmanagement** werden durchgeführt u. a. in Form von Arbeitstherapie, Bewerbungstrainings, Hospitationen, Praktika, in der systemischen Arbeit mit Angehörigen, den Arbeitsagenturen, den Bildungseinrichtungen, den Arbeitgebern der verschiedenen Arbeitsmärkte, den Behörden der Grundsicherung (v. a. den Sozialbürgerhäusern) einerseits, in Form von offenen und begleiteten Freizeit- und Kreativmaßnahmen sowie in der systemischen Arbeit mit Kultur-, Freizeit- und Sporteinrichtungen andererseits.
- **Beziehungsstrukturorientierte Ansätze** drücken sich u. a. aus im Bezugstherapeut/innen-system, in der Konzentration auf die (therapeutische und indikative) Gruppe als gesellschaftlicher Mikrokosmos, in welchem in solidarischer Weise Sicherheit, Unterstützung und Veränderung praktiziert werden, in der Hausversammlung, im Freizeit- und Sportbereich.
- **Ressourcenorientierte Ansätze** kommen in betonter Weise. im Rahmen der Einzel- und Gruppentherapie, der Arbeitstherapie, des Arbeitsmanagements und der Übernahme von Verantwortungsbereichen zur Anwendung. Die besondere Betrachtung und Förderung der Fähigkeiten und Fertigkeiten der RehabilitandInnen in allen Behandlungsangeboten wird darüber hinaus als Standard im Rahmen einer modernen und effektiven Suchtbehandlung gesehen.
- **Systemische Ansätze** kommen zur Anwendung in der Arbeit mit der gesamten Familie oder mit Teilen derselben, wie dies im Rahmen der BezugstherapeutInnenarbeit oder im Angehörigengespräch möglich ist. Des Weiteren fließen diese speziell in die Einzelarbeit, in die Psychotherapiegruppen wie auch in andere therapeutische Gruppen ein.
- **Motivational Interview Ansätze** (nach Miller und Rollnick, 1999) kommen in allen Gesprächssituationen innerhalb und außerhalb psychotherapeutischer Angebote zur Anwendung, v.a. wenn es darum geht, Probleme gemeinsam mit dem/der Rehabilitanden/in zur erkennen und diese in der Motivation, diese zu bewältigen, zu fördern sowie eine (innerlich) verbindliche Festlegung von Ziel- und Wegeplanung zu erreichen.

4.6 Substitutionsgestützte Entwöhnungsbehandlung

Beim Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch Opiode nach ICD-10 besteht auch unter Substitution (F 11.22) in der Regel Rehabilitationsbedürftigkeit. Substituierte können bei einem übergangsweisen 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

(s. Konzept Substitutionsgestützte ganztägig ambulante Rehabilitation, Dr. Kay Wohlgemuth).

Für zunächst zwei Jahre wurde das Ambulante Zentrum Augsburg zusätzlich anerkannt als Einrichtung, die eine Entwöhnungsbehandlung bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels durchführt (Modellphase März 2011 bis März 2013). D.h. im Ambulanten Zentrum Augsburg können auch Opiatabhängige aufgenommen werden, die zu einer substituitionsfreien Behandlung (noch) nicht in der Lage sind, jedoch eine vollständige Freiheit von psychotropen Substanzen anstreben und erhalten wollen.

Die bisherige praktische Erfahrung mit den Rehabilitanden unter Substitution hat gezeigt, dass die Substitutionsärzte im Vorfeld einer ambulanten Behandlung keinen Abdosierungsplan erstellen und dies auch die an unserem Angebot interessierten Rehabilitanden zunächst abschreckt und verängstigt. Dies kann sich im Behandlungsverlauf durchaus ändern. Dennoch ist eine generelle Abdosierung zur Abstinenz mit 6-8 Wochen Cleanzeit vor Entlassung aus der Reha, wie ursprünglich vorgesehen, vor Aufnahme und als Entscheidungskriterium einer Bewilligung durch den Kostenträger nicht praktikabel.

Bei der Teilnahme an der ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung bei übergangsweisem 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.

Wichtigste Voraussetzung für die Kostenbeantragung und Aufnahme in die substituitionsgestützte Entwöhnungsbehandlung sind mind. 4 Wochen Beikonsumfreiheit (Vorlage von mind. 2 Drogenscreenings inkl. THC).

Die bereits für alle Rehabilitanden und Rehabilitandinnen der ganztägig ambulanten Rehabilitation beschriebenen Ausführungen wie Eingangsdiagnostik, Therapieziele, Behandlungsplan sowie Therapieinhalte (s. 4.5) gelten in gleicher Weise für die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen der substituitionsgestützten ganztägig ambulanten Rehabilitation.

Die Federführung der Substitution liegt während des gesamten Behandlungszeitraums bei dem/der behandelnden substituierenden Arzt/Ärztin.

Die Vergabe der Medikamente zur Substitution erfolgt ausschließlich durch die entsprechende Einrichtung, wie z.B. die Substitutionsambulanz bzw. Praxis. In der Rehabilitationseinrichtung werden keine BTM vorgehalten.

Eine mögliche Herabdosierung des Substitutionsmittels erfolgt während der Behandlung in enger Kooperation der med. Leitung der Behandlungsstätte mit dem/der behandelnden

Substitutionsarzt/-ärztin. Es besteht dabei die Möglichkeit, einen schon vor der Aufnahme in die Rehabilitation bestehenden Reduktionsplan weiterzuführen.

Eine medizinisch indizierte Herabdosierung durch den behandelnden Substitutionsarzt wird mit den Ergebnissen der (medizinischen) Verlaufsdiagnostik der Behandlung abgeglichen und ggf. eingeleitet. In einzelnen Fällen kann aufgrund einer besseren Verträglichkeit und Compliance die Umstellung von einem Substitutionsmittel auf ein anderes Substitutionsmittel durchgeführt werden (z. B. die Umstellung von Methadon bzw. Polamidon auf Buprenorphin).

Die Herabdosierung stellt für den/die Rehabilitanden/in einen höchst sensiblen mit diversen Ängsten besetzten Vorgang dar. In manchen Fällen muss darüber nachgedacht werden, ob es nicht erfolversprechender ist, die Behebung psychischer und körperlicher Störungen und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben als oberstes Ziel der Rehabilitation zu verfolgen und das Erreichen der Abstinenz als langfristiges Ziel, das auch erst nach Ende der Rehabilitation erreicht werden kann. Auch die PREMOS Studie zeigt, dass Abstinenzversuche langfristig begleitet werden müssen, da sie einen hohen Risikofaktor bergen. Unser Angebot mit einer Vielzahl an psychotherapeutischen und arbeitsrehabilitativen Maßnahmen kann hier einen wesentlichen Beitrag zur Integration von Substituierten leisten und insbesondere dem Ziel, die Integration ins Erwerbsleben, nützlich sein.

Das völlige Aussetzen des Substitutionsmittels, wenn medizinisch vertretbar und psychosozial erfolversprechend, soll dabei möglichst 4 - 6 Wochen vor Behandlungsende erfolgen um zu garantieren, dass der/die Rehabilitand/in eine ausreichende substitutionsfreie Zeit innerhalb der Behandlung erlebt.

4.7 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.

Darüber hinaus ermöglicht das Gesamtbehandlungssetting eine individuelle und indikationsspezifische Anpassung des Therapieprogramms an den Bedarf und die Bedürfnisse des/der Rehabilitanden/in innerhalb des Grundschemas und über dieses hinaus.

Die tatsächliche Dauer der einzelnen Phasen richtet sich letztlich nach dem individuellen Bedarf und der individuellen Entwicklung des/der Rehabilitanden/in sowie der bewilligten Behandlungsdauer. Ein Übergang von einer Phase zur anderen wird in der Fallbesprechung im interdisziplinären Team besprochen, dabei werden die bisher erreichten Ziele zusammen mit dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin besprochen und ergänzende Teilhabebedarfe ermittelt und in den individuellen Behandlungsplan aufgenommen.

4.7.1 Eingangsphase

Die Eingangsphase dauert in der Regel zwischen zwei und vier Wochen und soll dem/der Rehabilitanden/in die Möglichkeit schaffen, sich mit dem Behandlungsprogramm, der Einrichtung, dem Personal und mit den Mitpatient/innen vertraut zu machen sowie eine individuelle Ziel- und Prozessplanung der Behandlung zu erstellen. Sie/Er erhält vom ersten Tag an einen/eine feste Bezugstherapeut/in für den gesamten Aufenthalt zugewiesen. Zur Unterstützung erhält der/die Rehabilitanden/in für die Zeit der Eingangsphase einen/eine Paten/in aus den Rehabilitanden, der/die für ihn/sie unterstützend zur Seite steht.

In der Eingangsphase werden die Aufnahmeuntersuchung und die Eingangsdiagnostik durchgeführt sowie der Behandlungsplan unter Verantwortung des ärztlichen Leiters erstellt. Dabei wird der Rehabilitand/die Rehabilitandin in alle Absprachen miteinbezogen.

4.7.2 Intensivphase

Die Intensivphase ist die zentrale Therapiephase. Sie dauert in der Regel zwischen 8 und 16 Wochen. Das Programm ist abhängig von dem individuell festgelegten Behandlungsplan. Danach richtet sich auch die Teilnahme an den jeweiligen Behandlungsangeboten. Unabhängig hiervon existiert eine für alle Rehabilitanden/innen verbindliche Behandlungsstruktur, die eine Grundbehandlung garantiert und für den Kontakt, den Austausch und die Koordination unter den Rehabilitanden/innen wie auch den Mitarbeiter/innen sorgt.

Die therapiebegleitende Diagnostik (Verlaufsdagnostik) – in Abgleichung mit dem individuell erstellten Therapieplan – dient einer fortlaufenden Überprüfung der erreichten Fortschritte. Im Bedarfsfall wird eine Anpassung des Therapieplans vorgenommen. Dies unter Beteiligung der Rehabilitanden. Sind die im Therapieplan formulierten Ziele in ausreichender Weise erreicht, 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.

4.7.3 Abschluss- und Übergangsphase

Die Abschluss- und Übergangsphase dient dem Abschluss der Behandlung sowie dem geplanten und begleiteten Übergang in die Zeit nach der Behandlung. Die Dauer liegt in der Regel bei zwei bis vier Wochen, das Programm ist auch hier abhängig vom - gegebenenfalls in der Zwischenzeit modifizierten -Therapieplan.

Inhaltlich gehört dazu zum einen der Abschied und die Ablösung vom Aufenthalt und von der Behandlung in der Einrichtung, den darinnen tätigen Therapeut/innen sowie den Mitpatient/innen, zum anderen – und parallel dazu - der Intensivierung der schon geknüpften externen Kontakte sowohl in den Hilfesystemen (v.a. Nachsorge) als auch in den

sozialen, schulisch-beruflichen, kulturellen und Freizeitsystemen. Abschlussdiagnostik und Prognostik sorgen von professionell-fachlicher Seite für eine qualitativ gesicherte Erfolgsbeurteilung der gesamten Behandlung.

Eine standardisierte Rehabilitandenbefragung gibt Auskunft über den Verlauf und das Ergebnis der Behandlung aus Sicht des/der Rehabilitand/in sowie über deren Zufriedenheit mit der Einrichtung, den Angeboten sowie dem Personal der Einrichtung.

4.7.4 Verlängerung der Behandlung

Zum Ende der Intensivphase berät der/die Bezugstherapeut/in mit dem/der leitenden Arzt/Ärztin und dem Team des Ambulanten Zentrums gegebenenfalls über Notwendigkeit und Sinn einer Verlängerung der Behandlung.

Beides ist gegeben, wenn die Therapieziele nicht in der geplanten Zeit erreicht werden können und darüber hinaus die begründete Annahme besteht, dass ein Behandlungserfolg in absehbarer Zeit erzielt werden kann. Dann wird beim Kostenträger mittels des entsprechenden Verfahrens eine Verlängerung der Behandlung beantragt.

4.7.5 Beendigung der Behandlung und Entlassungsbericht

Die Therapie ist beendet, wenn

- die Therapieziele erreicht sind;
- der/die Rehabilitand/in vorzeitig auf ärztliche Veranlassung hin entlassen wird,
- der/die Rehabilitand/in vorzeitig mit oder ohne ärztliches Einverständnis entlassen wird,
- durch Abweichungen gegen den Therapievertrag oder gegen die Hausordnung eine Fortsetzung durch die Behandlungsstätte nicht mehr verantwortet werden kann.
- eine Verlegung in eine andere Einrichtung oder ein Wechsel der Leistungsform notwendig wird.

Unter Einbezug der Abschlussdiagnostik und der Betrachtung des Verlaufs der Behandlung erstellt der/die leitende Arzt/Ärztin in Kooperation mit dem/der Bezugstherapeuten/in und den weiteren beteiligten Therapeuten/innen den Entlass-Bericht. Vorausgehend wird eine abschließende Fallbesprechung durchgeführt.

4.8 Rehabilitationselemente

4.8.1 Aufnahmeverfahren

Bisherige Erfahrungen weisen die erste Ankunft von Klienten in einer Therapieeinrichtung als höchst sensiblen, mit Ängsten besetzten Vorgang aus.

Wir bemühen uns, in der Aufnahmesituation diesen Ängsten entgegenzuwirken und auch ein "inneres An-Kommen" zu fördern. Um den entsprechenden Rahmen zur Verfügung stellen zu können, ist für uns ein festgelegter Aufnahmetermin wichtig.

Zu Beginn führt der Bezugstherapeut/die Bezugstherapeutin mit dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin in ruhiger Atmosphäre ein Erstgespräch durch. Dieser erste therapeutische Kontakt dient dem gegenseitigen möglichst angstreduzierendem Kennenlernen und der Information über den Verlauf der ersten Zeit in der Einrichtung.

Die Angehörigen können an diesem Gespräch auf Wunsch teilnehmen und dabei bewusst verabschiedet werden. Nach dem Erstgespräch werden mit den RehabilitandInnen die Aufnahmeformalitäten durch unsere Verwaltungskräfte geklärt.

Der erste fachärztliche Kontakt zur Erstdiagnostik findet am Aufnahmetag statt. Innerhalb der ersten drei Tage wird der vollständige somatische Status erhoben sowie der psychologische Befund im Erstgespräch durch den Psychologischen Psychotherapeuten. RehabilitandInnen der Eingangsphase werden in den ersten Tagen die wesentlichen Inhalte und Zielsetzungen der ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation durch den Bezugstherapeuten/die Bezugstherapeutin dargebracht.

Ein Schwerpunkt wird dabei gelegt auf die Betrachtung und den Umgang mit den Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Eingangsphase, die häufig verbunden ist mit dem (noch) geringen Abstand vom Suchtmittelkonsum und dem damit zusammenhängenden Craving. Weitere Schwerpunkte liegen auf der Vorstellung der Hausregeln und des Behandlungsprogramms sowie der Motivierung zur der Nutzung der mit dieser verbundenen Angebote im Einzel- und Gruppenbereich. Er erhält eine Aufnahmemappe mit allen erforderlichen Informationen und Fragebögen, die er im Laufe der Behandlung benötigt.

4.8.2 Rehabilitationsdiagnostik

Voraussetzung der Diagnoseerstellung ist eine umfassende Grunddiagnostik. Auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Ansatzes setzt sich diese zusammen aus:

- der Diagnostik des Arztes/der Ärztin im neurologischen, psychiatrischen und somatischen Bereich
- der Diagnostik des Psychologen/der Psychologin durch u. a. verschiedene testdiagnostische Verfahren (SCL 90, BDI)
- der Sozial-, Sucht- und Familienanamnese durch die Diplom-Sozialpädagogen

Dabei wird von Beginn an die Zusammenarbeit/Abklärung mit weiteren behandelnden Ärzten (hier besonders mit den substituierenden und entgiftenden Ärzten, über die Notwendigkeit zusätzlicher begleitender Behandlungen) gesucht. Diese Zusammenarbeit hat darüber hinaus während des gesamten Rehabilitationsprozesses eine besondere Bedeutung, um eine ggf. notwendige Verschreibung von Medikamenten zu begleiten und zu

kontrollieren. Diese Begleitung kontrolliert auch gemeinsam mit dem/der substituierenden Arzt/Ärztin die Dosis des Substitutionsmittels bzw. deren Reduzierung.

In der Eingangsphase findet also eine umfassende soziale, biografische und medizinische Anamnese statt, aus der Erhebung dieser Daten lassen sich dann leicht differenzierte Therapieziele isolieren, die in einem intersubjektiven Prozess zwischen Therapeut/Therapeutin und Rehabilitand/Rehabilitandin erarbeitet und vereinbart werden. Dies trägt in erheblichem Maße bereits zu diesem Zeitpunkt zu einer Festigung und Erhöhung der Behandlungsmotivation auf Seiten der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen bei.

Von therapeutischer Seite arbeiten wir von Beginn an am Aufbau einer positiv getönten therapeutischen Beziehung, um die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Behandlung so weit wie möglich zu erhöhen. Sie trägt der Tatsache Rechnung, dass auch auf der Basis einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung und im Prozess der Behandlung Persönlichkeitsstrukturen deutlich werden, deren Berücksichtigung in den Verlauf des Behandlungsprozesses Eingang finden sollen.

Diese Aspekte werden ergänzt durch die Untersuchung und Beschreibung familiärer Strukturen und Bedingungen sowie durch die Einbeziehung einer psychosozialen Diagnostik, die sich vor allen Dingen auf den Grad der Integration in den Arbeitsprozess, auf die Wohnsituation, soziale Kontakte etc. konzentriert. Aus der Beschreibung dieser diagnostischen Elemente ergeben sich erste Entwürfe für die Entwicklung individueller Therapiepläne. Weiterhin berücksichtigt werden die Überprüfung und die Recherche der Art und Weise, wie die Rehabilitanden/innen umgehen mit freier Zeit, Umfang und Intensität von Straffälligkeit, offene Strafverfahren etc. sowie der Schuldensituation.

Ein Ziel der Rehabilitation ist die Wiederherstellung bzw. die Aufrechterhaltung der beruflichen Integration. Nach einer ausführlichen Leistungsdiagnostik wird unter Berücksichtigung der Erwartungen des betroffenen Menschen ein Leistungsbild erstellt, in dem die Stärken und Schwächen sowie Barrieren und Förderfaktoren, soweit sie bisher erkennbar sind, aufgeführt werden. Im Anschluss daran werden konkrete individuelle und realisierbare Ziele gemeinsam mit dem abhängigkeitskranken Menschen festgelegt. Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bildet die Voraussetzung dafür, den Anforderungen des Arbeitsplatzes und Arbeitsmarktes gewachsen zu sein.

Deshalb sollten bereits während der medizinischen Rehabilitation auch weiterführende Ziele zur Förderung der beruflichen (Re)Integration verfolgt werden. Hierbei ist die frühzeitige Zusammenarbeit mit den zuständigen Leistungsträgern (Agenturen für Arbeit, Arbeitsgemeinschaften, Jobcenter, Rentenversicherungsträger, Integrationsämter) 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.

4.8.3 Medizinische Behandlung

Die Medizinische Rehabilitation findet im ambulanten Zentrum Augsburg mit einem multiprofessionellen Team statt. Die Einrichtung wird ärztlich verantwortet und geleitet.

Der Arzt/die Ärztin der Einrichtung erstellt in fortlaufenden gemeinsamen Fallbesprechungen zusammen mit den anderen Fachkollegen und -kolleginnen des Behandlungsteams die Therapieplanung für die jeweiligen Rehabilitanden und Rehabilitandinnen. Während der gesamten Behandlungsdauer ist eine intensive medizinische Betreuung sichergestellt: Eingangsuntersuchung, regelmäßige Sprechstunden, Visiten, regelmäßige ärztliche Zwischenuntersuchungen, Versorgung bei allen akuten Erkrankungen und Gesundheitsproblemen und ärztliche Abschlussuntersuchung bilden das Grundprogramm der ärztlichen Versorgung im Ambulanten Zentrum. Eine tägliche Ansprechbarkeit des Arztes ist gegeben, z. T. telefonisch.

Die medizinische Behandlung im Einzelnen:

Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung

In den ersten drei Tagen zu Beginn der Rehabilitation und innerhalb der letzten drei Tagen zum Ende der Rehabilitation werden die Aufnahme- und Abschlussuntersuchung sowie die sozialmedizinische Beurteilung durch den Leitenden Arzt vorgenommen. Ebenso mögliche Zwischenuntersuchungen, v.a. bei der Notwendigkeit eines Verlängerungsantrages.

Sprechstunde und Visite

Ärztlicherseits wird eine tägliche Sprechstunde angeboten, die für alle RehabilitandInnen des Ambulanten Zentrums zugänglich ist. In Ausnahmefällen kann diese auch telefonisch erfolgen. Darüber hinaus findet in 14tägigen Abständen eine Visite statt, um den medizinischen Fortgang der Behandlung verantwortlich zu begleiten, ebenfalls bei Aufnahme und Entlassung durch den Leitenden Arzt.

Behandlung

Basierend auf der unmittelbar nach Aufnahme stattfindenden Eingangsuntersuchung bespricht der/die Arzt/Ärztin die notwendigen Inhalte der Behandlung im (sozial-)medizinischen Sinn und leitet diese ein.

Differentialdiagnostisch findet dabei die Abklärung eventueller somatischer, neurologischer und/oder psychiatrischer Erkrankungen statt, die Grundlage für die Entscheidung ist, welche Behandlungen innerhalb der Einrichtung durchgeführt werden können bzw. welche durch externe Fachärzte/innen oder in Krankenhäusern durchgeführt werden müssen. Dabei werden Leiden, für welche die Rehabilitationsmaßnahme erbracht wird (sog. Rehabilitationsleiden), sowie einfache interkurrente Erkrankungen in der Einrichtung behandelt, soweit sie mit den fachlichen und finanziellen Mitteln der Einrichtung fachgemäß behandelt werden können.

Es werden Behandlungen bei Vertragsärzten und Krankenhäusern notwendig bzw. erforderlich, wenn die medizinische Behandlung keine adäquate Versorgung gewährleistet. Im Sinne dieser möglichst lebensweltnahen medizinischen Versorgung und Behandlung kooperieren die Ärzte/innen des Ambulanten Zentrums mit niedergelassenen Haus- und

Fachärzte/innen sowie Krankenhäusern und koordinieren die diesbezüglichen Bemühungen im Sinne des Gesamtbehandlungsplans.

4.8.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzelgespräche und Gruppenangebote

Gruppentherapie

Die Bezugsgruppe ist für bis zu 12 Rehabilitanden und Rehabilitandinnen konzipiert. Sie wird geleitet von einem Bezugstherapeuten/in i.d.R. im Co-Therapeutensystem. Der Gruppentherapie kommt in der psychotherapeutischen Konzeption eine zentrale Rolle zu, denn hier erfahren sich die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen vor allem in den Auswirkungen ihrer interaktionellen Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Im Mittelpunkt der Gruppe stehen das oft nicht bewusste drogen- und alkoholorientierte Verhalten und Erleben, immer wiederkehrendes spontanes Suchtverhalten und die damit verbundenen abhängigkeitsstypischen Verhaltensmuster.

Die Gruppe dient dazu, alte Verhaltensmuster zu entdecken und neue kompetente Bewältigungsversuche zu trainieren. In der Konfrontation mit den anderen Sichtweisen der Gruppenmitglieder erfährt der Rehabilitand/die Rehabilitandin Unterschiede, die ihn/sie anregen, nach Verhaltensalternativen und anderen Bewertungsstrategien zu suchen. Feedbackprozesse der Gruppe festigen das Verhalten und fördern die Identitätsbildung.

Durch Übungen und Rollenspiele, die Veränderung "innerer Dialoge" und gezielte Verhaltensexperimente werden rückfallnahe Risikosituationen bearbeitet und Möglichkeiten der Verlangenssteuerung erprobt.

In der Gruppe erleben die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen emotionale Zugehörigkeit, Identifikation und die Möglichkeit zu emotionalen Auseinandersetzungen in einem sicheren Bezugsrahmen.

Einzelpsychotherapie

Jeder Rehabilitand und Rehabilitandin hat über die Dauer der gesamten Behandlung Anspruch auf Einzeltherapiesitzungen. Hier geht es um die Aufdeckung und das Durcharbeiten des Stellenwertes der Sucht im Lebenszusammenhang des Betroffenen, um so das "Abschiednehmen" von süchtigen Lebensmustern zu ermöglichen. Wesentliche Inhalte der Therapie sind nach einer Verhaltensanalyse die Aufdeckung von Konsummustern, der Umgang und/oder Vermeidung von Auslösemustern, die Gestaltung eines abstinenten Umfeldes, Einüben von Grenzziehungen, die Überprüfung des Selbstbildes, die Erhöhung Frustrations- und Ambiguitätstoleranz, der Umgang mit Craving und die Förderung von Empathie. Darüber hinaus werden mit dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin Möglichkeiten der Veränderung komorbider Symptomatiken besprochen und entsprechende Interventionen in den therapeutischen Prozess mit einbezogen. Die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen werden angeregt, andere kognitive und emotionale Bewertungsstrategien auszuprobieren und dabei offen zu sein für neue Erfahrungen. Die Einzelpsychotherapie findet wöchentlich mind. 1x statt.

Edukative Gruppe

Sie ist als psychoedukative Gruppe kognitiv angelegt (siehe Petry J., 1996, Franke P. & Schildberg F., 2004) und bietet dem Rehabilitanden und Rehabilitandinnen die Möglichkeit der intensiven Auseinandersetzung mit dem Suchtthema.

Die einzelnen Gruppentermine bauen thematisch aufeinander auf.

Ein Ausschnitt aus den Themen:

- Abhängigkeitserkrankung als chronische Krankheit, Bedeutung und Auswirkung auf
- Neurobiologische Wirkung von Drogen im Gehirn den Alltag
- Maximaler Abstand zu Drogen; Freizeit ohne Alkohol
- Bewertung von Plätzen, Dingen und Personen als Auslöser für Drogen- und Alkoholkonsum
- Die Differenzierung der Auslösereize in vermeidbare und nicht vermeidbare; Szenesprache als Auslösereize für Craving ("heiß reden"), Erarbeiten möglicher Sprachalternativen
- Das Problem unstrukturierter Zeit; Tag für Tag Planung, kein Leerlauf im Alltag
- Das Vorbereiten von Handlungsritualen, die suchtorientierendes Verhalten unterbrechen; Techniken, die Verfügbarkeit von Bargeld zu verringern

Geschlechtsspezifische Gruppen

Den besonderen Belangen süchtiger Frauen und Männern wird mit geschlechtsspezifischen Gruppen Rechnung getragen, in denen Frauen und Männer ihre Geschlechtsidentität erfahren und ausbauen können, wechselseitige Solidarität erleben, mit Konkurrenzsituationen sinnvoll umgehen lernen usw. Traumatische Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht sollen Platz haben und allgemeine Fragen behandelt werden, die für Frauen und Männer spezifisch ausgeprägt sind.

Eigene Beziehungsmuster zum anderen Geschlecht innerhalb und außerhalb der Einrichtung und in der eigenen Lebensgeschichte können in diesem Schutzraum beleuchtet werden, neue Möglichkeiten zur Abgrenzung, Selbstbehauptung und Kontaktaufnahme zum Gegengeschlecht erarbeitet werden.

Intime Beziehungen der Bewohner untereinander bedürfen häufig einer therapeutischen Begleitung, weil sie die therapeutische Situation aufheben und möglicherweise zum Abbruch eines oder beider Beteiligten führen, bzw. oft eine Wiederholung des schädigenden Beziehungsverhaltens und somit eine wertvolle Lernerfahrung darstellen können.

Speziell die Frauengruppe, die von einer Therapeutin geleitet und betreut wird, bietet den Rehabilitandinnen einen Raum für den Austausch und die Bearbeitung ihrer spezifischen

Problematiken. Unterschiedlichste Themen wie Körperlichkeit und Sexualität, Misshandlung und Prostitution, Essstörungen und vor allem auch individuelle Verhaltensweisen und Abgrenzungsschwierigkeiten in einer doch eher männerdominierten Welt führen die Frauen zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Frauenbild und Rollenerwartung.

Hinzu kommen Freizeitaktivitäten nur mit Frauen, in Begleitung weiblicher Therapeuten was die Frauen oft als entspannend erleben und ihrem Bedürfnis nach geschütztem Raum und Kontakt ohne ihr in gemischtgeschlechtlichen Gruppen übliches Verhalten gerecht wird.

4.8.5 Arbeitsbezogene Maßnahmen

Wesentliches Ziel der Rehabilitation ist der Erhalt der Arbeitsfähigkeit und die berufliche Wiedereingliederung. Die Vorteile der ganztägig ambulanten Rehabilitation durch die Wohnortnähe, der Möglichkeit von Praktikas, auch von Arbeitserprobungen im Rahmen der Rehabilitation, führen zum Ziel der Wiedereingliederung und haben einen hohen Stellenwert von Beginn der Rehabilitation an. Die Arbeit des AZA unterstützt mit den arbeitsbezogenen Maßnahmen den Wunsch der RehabilitandInnen nahtlos den Anschluss an das Berufsleben zu finden.

Ergotherapie

Um das Ziel der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu erreichen ist in der ganztägig ambulanten Rehabilitation der Bereich der Ergotherapie im Sinne der berufsorientierten Rehabilitation besonders bedeutsam.

In drei Arbeitsbereichen können sich die RehabilitandInnen erproben:

a. Handwerk: Die Arbeitstherapie in den Bereichen Handwerk dient der Schulung einzelner Fähigkeiten und Fertigkeiten, die den RehabilitandInnen sowohl beruflich als auch alltagspraktisch zu Gute kommen sowie der Belastungserprobung. Die Arbeitstherapie im Bereich Handwerk (Renovieren, Gestalten, Radlwerkstatt) wird von einem Arbeitsanleiter angeleitet und begleitet.

b. Hauswirtschaft: Die Arbeitstherapie im Bereich Hauswirtschaft dient der Schulung einzelner Fähigkeiten und Fertigkeiten, die den RehabilitandInnen sowohl beruflich als auch alltagspraktisch zu Gute kommen sowie der Belastungserprobung. Die Arbeitstherapie im Bereich Hauswirtschaft wird von einer Diätassistentin angeleitet und begleitet.

Aufbauend an die beruflichen Erfahrungen der RehabilitandInnen können RehabilitandInnen z.B. aus dem handwerklich/technischen Berufen ihre daraus erworbenen Kenntnisse in handwerklichen Aufgaben erproben und praktisch anwenden und sammeln so sehr schnell wieder Anknüpfungspunkte an ihre berufliche Tätigkeiten. Ressourcen wie auch Defizite in der Leistungsfähigkeit werden sichtbar und können in den arbeitsbezogenen Maßnahmen berücksichtigt werden. Auch im Bereich Hauswirtschaft kann unter Anleitung einer Diätassistentin je nach Kenntnissen Tätigkeiten in der Speisezubereitung übernommen werden.

Schnelle Erfolgserlebnisse können diejenigen RehabilitandenInnen erreichen, die in der Lehrküche Speisen zubereiten, die den „Applaus“ der Gruppe bekommen beim täglichen Mittagessen.

Untersuchungen zeigen, dass RehabilitandInnen, denen nach der Rehabilitation die Rückkehr ins Berufsleben gelingt weniger häufig rückfällig werden, als Arbeitslosen. Daher liegt das Augenmerk der gesamten Entwöhnungsbehandlung in der berufsorientierten Rehabilitation mit Ergotherapie, Kreativitätsförderung, Bewerbungstraining, Arbeitsvermittlung etc.

Maßnahmen der stufenweisen Wiedereingliederung, der beruflichen Rehabilitation, Qualifizierungsleistungen sowie um ergänzende Leistungen (z.B. Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten) können mit Hilfe der MitarbeiterInnen beantragt und verfolgt werden.

Arbeitsmanagement

Die Angebote im Bereich des Arbeitsmanagements dienen der Entwicklung beruflicher, schulischer und/oder ausbildungsbezogener Ziele, der Förderung und Entwicklung diesbezüglicher spezifischer Fähigkeiten sowie dem (Wieder-)Einstieg in die Berufstätigkeit.

Schwerpunkte liegen dabei auf der Erhebung der Schul- und Berufsanamnese, der Berufsklärung im engeren Sinn (Erhebung der weiteren beruflichen Biographie, der Interessenfindung, den Strategien beim (Wieder-)Einstieg in das Berufsleben, dem Erstellen einer kompletten Bewerbungsmappe, der Stellensuche über Internet, Zeitungen, etc. sowie der Vor- und Nachbesprechung von Vorstellungsgesprächen.

Sollte sich im Laufe der Behandlung herausstellen, dass ein unmittelbarer (Wieder-)Einstieg in die Berufstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht erreicht werden kann bzw. in besonderer Weise begleitet werden muss, werden Maßnahmen durchgeführt bzw. vorbereitet, die die Voraussetzungen für einen Eintritt ermöglichen.

Praktika und Hospitationen

Ein besonderes Augenmerk legt das Ambulante Zentrum im Rahmen ihres Auftrags zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit auf die Durchführung von Praktika. Sie dienen als Maßnahme der externen Arbeitserprobung dem Kennenlernen eines möglichen (neuen) Arbeitsgebiets sowie dem eigenen Befinden mit demselben. Darüber hinaus bieten sie Gelegenheit zur Erlangung bzw. Wiederherstellung von notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten und zur Verbesserung des Selbstwertes und des Selbstbildes. Bei Eignung der Praktikumsstelle über die Zeit des Praktikums hinaus wird eine Übernahme in ein Anstellungsverhältnis angestrebt und gegebenenfalls vorbereitet.

Praktika müssen versicherungsrechtlich angemeldet und durch einen Vertrag abgesichert sein. Sie werden durch den Ergotherapeuten bzw. Dipl. Sozialpädagogen im Rahmen des Angebots „Arbeitsmanagement“ begleitet und durch Bilanzierungsgespräche evaluiert. Vor Aufnahme des Praktikums, währenddessen und nach Abschluss des Praktikums existiert auch immer ein direkter Kontakt zwischen Behandlungs- und Praktikumsstelle.

Die Praktika werden in der Regel in der zweiten Hälfte des Aufenthalts und in der Abschlussphase durchgeführt. Hospitationen sind ebenfalls möglich.

Arbeitsvermittlung

Das Ambulante Zentrum unterstützt bei der Stellensuche. Jobbörsen und Angebote der Agentur für Arbeit werden im Internet recherchiert. Frühzeitig wird der Kontakt zur Arbeitsagentur bzw. Jobcenter aufgenommen. Falls noch vorhanden wird frühzeitig Kontakt zum alten Arbeitgeber gesucht und Arbeitgebergespräche aufgenommen.

Die Arbeitsvermittlung liegt in der Hand des Ergotherapeuten bzw. des Diplom Sozialpädagogen.

Kreativitätsförderung

Das Angebot „Kreativitätsförderung“ gibt den Patient/innen Impulse zur Entwicklung von Interessen, Hobbys und Freizeitbeschäftigungen. In entspannter Atmosphäre werden verlorengegangene Fähigkeiten und Fertigkeiten wieder belebt oder neu erworben. Die dabei erreichte Beschäftigung mit sich in der Auseinandersetzung mit Materialien sowie die Wahrnehmung der eigenen Gestaltungs- und Produktionsfähigkeit wirkt den bei Suchtmittelabhängigen häufig vorhandenen depressiven Tendenzen aktivierend und sinnstiftend entgegen.

Es werden sowohl Aktivitäten erprobt und erforscht, die gemeinschaftlich, wie auch solche die allein erlebt werden können. Je nach Begabung und Neigung der einzelnen Patient/innen kommen spezifische Angebote zur Anwendung, wie z.B. künstlerisches Gestalten (Malen, Werken), Begleitung bei alltagsnahen Hobbys (Lesen, Sammeln, Fotografieren o.ä.) Dieses Angebot wird von einem Ergotherapeuten angeleitet und begleitet.

4.8.6 Sporttherapie und Entspannung

Sport- und Bewegungstherapie

Die zielorientierte Sport- und Bewegungstherapie hat eine große Bedeutung in der Vermittlung von Körperwahrnehmung und dem Zugang zu eigenen, lange ungenutzten Kräften. Sie ist auch von erheblicher Bedeutung für den Abbau von Stress, der u. a. bei psychotherapeutischem Arbeiten entsteht. Sie gleicht aus, stabilisiert und schafft oft ein Ventil für sonst kaum konfliktarm zu lösende Aggressionen.

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.

Eine regelmäßige sportliche Betätigung gehört zu den Pflichtveranstaltungen der Therapie. In der Sporttherapie steht Freude an der Bewegung im Vordergrund. Anleitung zu Übungen zur Kräftigung und Atmung, Koordination- und Ausdauertraining gehören zum Programm dazu. Hier wird auch ein exzessives Umgehen mit Sport thematisiert und moduliert. Ziel ist das Erlernen eines gesundheitsfördernden Umgangs mit der Bewegung. Die Sporttherapie wird von einem Sportlehrer im freien Beruf (offizielle Berufsbezeichnung) durchgeführt.

Entspannungstraining

Als therapeutisches Gegengewicht zu der von den Rehabilitanden und Rehabilitandinnen gesuchten stimmungsmulierenden 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 und Rehabilitandinnen, denen es schwerfällt, sich auf den ruhigen, meditativen Rahmen des Autogenen Trainings einzulassen, bieten wir diese dynamische Methode an.
- Akupunktur nach NADA
Akupunktur ist im Verständnis der chinesischen Medizin eine Regulationstherapie. Suchtakupunktur bewirkt eine Anregung der körpereigenen Endorphinausschüttung, die infolge des Drogenkonsums herabgesetzt ist. Die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen berichten von körperlichem Wohlfühl, Entspannung und Beruhigung unter der Akupunktur. Akupunktur wirkt bei den Suchtrehabilitanden/Rehabilitandinnen 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. geht unter Akupunktur die Cravinghäufigkeit zurück. Suchtakupunktur findet bevorzugt in der Gruppe statt.

4.8.7 Freizeitangebote

Die Freizeitangebote, die vorwiegend Samstag angeboten werden sind ein wesentlicher Bestandteil der ganztägig ambulanten Rehabilitation. Hier wird in regelmäßig Gruppenunternehmungen Impulse für alternative und sinnvolle Freizeitaktivitäten in den Bereichen Kultur, Sport und Unterhaltung gegeben, sowie der Aufbau derselben „in vivo“ begleitet. Dabei sollen im Sozialraum, günstige und erreichbare Freizeitmaßnahmen recherchiert, geplant und durchgeführt werden. Augsburg bietet dazu ein ideales Umfeld in kultureller Hinsicht (Stadt der Renaissance), sportlichen Aktivitäten (Spaziergänge am Lech) und Unterhaltung (Kino, Konzerte, Sportereignisse). Im Sinne der der Hilfe zur Selbsthilfe werden die RehabilitandInnen in die Freizeitplanungen miteinbezogen.

Ziel ist es sinnvolle und zufriedenstellende Freizeit zu verbringen ohne dass dazu Suchtmittelkonsum notwendig ist. Meist bildet sich eine kleine Gruppe, die Freizeitmöglichkeiten besprechen und erkunden und Vorschläge für die Gruppe unter Beteiligung eines Therapeuten/in vorstellt. Diese werden dann bewertet und entsprechend organisiert.

4.8.8. Sozialpädagogische und sozialarbeiterische Angebote

Sozialberatung

Die Bezugstherapeuten/innen des Ambulanten Zentrums unterstützen den Rehabilitanden/in bei den unterschiedlichsten Thematiken im Alltag, bei der Existenzsicherung, bei der praktischen Lebensführung, im Kontakt mit dem sozialen Gefüge, im Umgang mit Behörden, Schulen, Arbeitsstätten und Arbeitgebern, im Freizeit- und im Kulturbereich.

Dies wird gewährleistet durch beraterische und psychotherapeutische Tätigkeit, durch telefonische und persönliche Begleitung bei problematischen Kontakten, Aufgaben und Erledigungen des/der Rehabilitanden/in sowie durch Hausbesuche.

Schuldnerberatung

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, nicht-kriminelles und drogenfreies Leben geben.

Zur weiteren Bearbeitung der Schuldenproblematik werden RehabilitandInnen die ambulanten Angebote der Schuldnerberatung zur Kenntnis gebracht und in diese vermittelt.

4.8.9 Gesundheitsberatung und Ernährung

Die Ärzte/Ärztinnen der Tagesklinik klären die RehabilitandInnen regelmäßig und gezielt über ein bewusstes und selbstverantwortliches Hygiene-, Ernährungs-, Körper- und Bewegungsverhalten auf und beraten diese individuell in Bezug auf ein gesundheitsförderliches Verhalten. Dabei kooperieren sie eng mit dem/der Diätassistenten/in und dem/der Sporttherapeuten/in der Einrichtung und stimmen mit diesen das jeweilige Programm des/der Rehabilitanden /in ab.

Eine besondere Rolle in der Beratung spielen Hinweise auf Gesundheitsrisiken in Folge der Drogenabhängigkeit im engeren Sinne, z.B. in Hinblick auf HIV- und Hepatitis-Erkrankungen, aber auch z.B. 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 angeboten.

Gesundheitstraining

In der Gruppe Gesundheitstraining werden für Abhängigkeitskranke relevante Gesundheitsthemen vermittelt, die ihr Wissen erweitern, zur Überprüfung ihrer Einstellung anregen und ihnen helfen, Handlungskompetenzen zu erwerben.

Neben Vorträgen gehören dazu Gruppengespräche und praktische Übungen unter ärztlicher Anleitung. Das Angebot versucht, das Problembewusstsein der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen 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 und Rehabilitandinnen in einem gesundheitsfördernden und -erhaltenden Umgang mit sich selbst.

Mit den Rehabilitanden und Rehabilitandinnen werden folgende Themen bearbeitet:

- Pathophysiologie der Suchtmittelwirkung:
Information bezüglich der nachteiligen Auswirkungen von Entzugserscheinungen unterschiedlicher Substanzen auf sozialer, emotionaler, physischer wie psychischer Ebene.
- Hepatitis:
Neben der Darstellung der unterschiedlichen Hepatitisformen, der Übertragungswege und der Infektionsgefährdung wird besonders auf das Krankheitsbild der chronischen Virushepatitis mit ihrem Verlauf, den Folgekrankheiten, den Präventionsmöglichkeiten und den Chancen der Behandlung eingegangen.
- Schmerzbewältigung:
Eine Einführung in mentale Techniken der Schmerzbewältigung erweitert das Wissen um die physiologischen Abläufe des Schmerzes und die körperlichen Reaktionen auf Schmerz, zieht Parallelen zur Sucht und stellt Strategien zum Umgang mit Schmerzen und Verlangenszuständen vor. Ein angemessener Umgang mit Schmerzmitteln und psychoaktiven Medikamenten wird ausführlich thematisiert.
- Ergonomie:
Die Darstellung der Anatomie und Physiologie der Wirbelsäule und der Wirkweise der Rückenmuskulatur geben Einblick in die Bewegungsmöglichkeiten des menschlichen Körpers. Imaginationsübungen steigern die Körperwahrnehmung. Die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen lernen rückschonende Arbeitsweisen und moderne Arbeitshilfen kennen.
- Akupunktur:
Ein Einblick in die Wirkweise der chinesischen Medizin vermittelt Verständnis für die Wirkung der Akupunktur, die im Haus als Behandlungsmethode eingesetzt wird.
- Umgang mit Lebensmitteln:
Die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen werden sowohl gemäß Infektionsschutz- als auch Lebensmittelgesetz im sachgerechten Umgang mit Lebensmitteln vor dem Einsatz in der Gemeinschaftsküche geschult. Ein Hygienemanagement ist im Rahmen des Qualitätsmanagements vorhanden.

Ernährungsberatung

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 Rehabilitandengruppe durch Beratung und praktische Übungen.

4.8.10 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)

Angehörigengespräche

Durch Angehörigengespräche sollen spezielle Themen, die den Rahmen eines Angehörigenseminars sprengen würden, angesprochen werden. Dabei sollen Konfliktfelder frühzeitig erkannt und die Angehörigen in den Veränderungsprozess einbezogen werden. Besondere Themen können der Umgang mit Kindern, die Ablöseproblematik vom Elternhaus oder Paarprobleme.

Paarberatung

Auf Wunsch des Rehabilitanden/der Rehabilitandin bzw. auf Anraten des Bezugstherapeuten/der Bezugstherapeutin können Paargespräche zur Beziehungsklärung und als Hilfestellung zur Lösung von Paarkonflikten angeboten werden.

4.8.11 Rückfallarbeit

„Die Rückfallbearbeitung sollte möglichst rasch nach Bekanntwerden des Rückfalls beginnen (...) und einem festgelegten Procedere (...) folgen, das durchaus einzelfallspezifisch variieren kann ...“. (Körkel in: Tretter, 2001, S. 535, Hervorhebungen von uns).

In dieser Aussage verdichten sich die Ergebnisse der Forschung der neunziger Jahre zum Thema Rückfall, wie sie im deutschsprachigen Raum immer wieder von Körkel für den Alkoholbereich vorgelegt wurden und u. E. auf den Drogenbereich übertragen werden können.

Das vorliegende Konzept trägt dieser Erfahrung Rechnung und bietet – bei Erfüllung bestimmter Kriterien (s. u.) - dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin die Gelegenheit und die Verpflichtung zur Bearbeitung seines Rückfalls.

Dieser Ansatz stellt für insofern eine besondere Herausforderung und eine besondere Chance dar, da er/sie sich weiterhin in seinem lebensweltlichen Umfeld befindet und damit

präventive und therapeutische Maßnahmen unmittelbar in der Auseinandersetzung mit dieser durchgeführt werden können.

Unterschieden wird in einen „selbst benannten“ Rückfall, das bedeutet, der Rehabilitand/die Rehabilitandin berichtet von sich aus über den Konsum und dem „nicht-selbst-benannten“ Rückfall, der dem Rehabilitanden/de Rehabilitandin durch einen Test nachgewiesen wird.

Bei Rehabilitanden und Rehabilitandinnen in Substitution bedeutet ein nachgewiesener Konsum Beigebrauch, der auf der Ebene der Substitution andere Konsequenzen hat.

Da aber die entsprechende Würdigung im Bereich der substituierenden Ambulanz oder des/der substituierenden Arztes/Ärztin stattfindet (z. B. Verlust der take-home-Regelung), wird dem Rehabilitand/der Rehabilitandin die Information zur Verfügung gestellt, um den Rückfall seiner/ihrer substituierenden Stelle mitzuteilen und danach im ambulanten Zentrum Augsburg seinem Bezugstherapeuten/seiner Bezugstherapeutin über mögliche Änderungen oder Konsequenzen zu berichten. Im Rahmen der therapeutischen Schweigepflichtsentbindung und den Fallkonferenzen wird nachgefragt werden.

4.8.11.1 Verständnis des Rückfalls

Abweichend von einer traditionellen Haltung sowohl auf Behandler- als auch auf Rehabilitandenseite, verstehen wir den Rückfall nicht als Scheitern oder Versagen des Rehabilitanden/der Rehabilitandin, welches ihn/sie per se als Ausdruck seiner/ihrer Unwilligkeit oder Uneinsichtigkeit interpretiert und damit die weitere Behandlung aufgrund fehlender Motivation grundsätzlich in Frage stellt.

Ausgehend von dem Wissen um die tatsächliche Häufigkeit von Rückfällen, auch im Vergleich mit Rückfällen bei anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen, halten wir es für dringend geraten, den Rückfall als Normalität im Verlauf einer Suchtgeschichte zu akzeptieren.

Dabei ist besonders wichtig, eine nüchterne, entmystifizierende Position einzunehmen, die den Rückfall sowohl auf der Behandler- wie auch der Rehabilitandenseite nicht bagatellisiert, aber auch nicht dramatisiert, sondern in den ihm zukommenden realistischen Zusammenhang stellt.

Im Rahmen des Verständnisses von Sucht betrachten wir den Rückfall als Bestandteil der Krankheit und sehen den betroffenen Menschen in einer Krise, die dieser nicht suchtmittelfrei zu bewältigen in der Lage war. Im Vordergrund steht dabei – wie wir mittlerweile wissen – nicht das Suchtmittelverlangen als solches, sondern stehen in erster Linie starke unangenehme Gefühlszustände wie z. B. Ängste, Depressivität, Ärger, Enttäuschungen und Kränkungen. Damit stellen Rückfälle psychodynamisch betrachtet „folglich eine Art von Selbstmedikation zum Zwecke der Affektregulation und des Selbstwertschutzes dar.“ (Körkel, a. a. O., S.529)

Dem Rückfall während der Behandlung kommt – wenn er sofort behandelt wird - eine besondere, wenn auch nicht beabsichtigte und erwünschte Chance zu: Zum einen verhindert

er ein erneutes Abrutschen in massiveren Konsum, zum anderen kann er rückfallpräventiven Charakter über die Zeit der Behandlung hinaus erlangen.

Während Rückfälle ansonsten häufig zu Behandlungsabbrüchen führen, die über eine intrapsychische Schleife von empfundener Unfähigkeit, Ohnmacht, Schuld- und Scham („Abstinenz-Verletzungs-Effekt“, Marlatt, 1985) oft schwere Rückfälligkeit nach sich ziehen, kann der alsbaldige reflektierte Umgang mit dem Rückfall dem Rehabilitanden/der Rehabilitandinnen neue Einsichten in die psychischen Aspekte seiner/ihrer Suchtzusammenhänge vermitteln und damit Ansatzpunkte für alternative Verhaltens- und Denkweisen schaffen.

Der Vorteil der sofortigen Aufarbeitung liegt darin, dass der Rehabilitand/die Rehabilitandin noch unmittelbaren Zugang zu seinen/ihrer im Vorfeld des Rückfalls und während des Rückfalls selbst auftauchenden Kognitionen, Emotionen, Motiven und Handlungen hat. Er/sie kann damit erkennen, in welchen Bereichen und in welcher Weise er/sie noch nicht ausreichend Belastungen abgebaut, Probleme bewältigt oder vielleicht sogar im Laufe der Behandlung Suchtverlagerungen aufgebaut hat.

Diese Erkenntnisse können dann Grundlage für die weitere Therapieplanung und für die weiteren Schritte des Rehabilitanden/der Rehabilitandin sein.

4.8.11.2 Voraussetzungen für eine Weiterbehandlung nach einem Rückfall

Eine Weiterbehandlung nach Rückfall kann grundsätzlich unter folgenden Voraussetzungen durchgeführt werden:

- Der Rehabilitand/die Rehabilitandin zeigt ein hinreichendes Interesse an der Bearbeitung des Rückfalls und an der Fortsetzung der Therapie.
- Der Rückfall fand außerhalb der Einrichtung statt.
- Eine vorübergehende Verlegung in eine stationäre Entgiftung oder in eine psychiatrische Klinik ist nicht indiziert.

4.7.11.3 Bearbeitung des Rückfalls (6-Schritte-Programm)

In Anlehnung an Körkel, Wernado & Wohlfahrt (1997) und Siegele (2001) haben wir ein strukturiertes 6-Schritte-Programm der Rückfallbearbeitung entwickelt, welches folgende Ziele hat:

- Verhinderung eines Abrutschens in massivere Rückfälligkeit
- Entmystifizierung des Rückfalls weg von einem schuldhaften und uneinsichtigen Verhaltens 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

- Nutzbarmachung des Rückfalls zur weiteren Rückfallprävention
- Reintegration in die Gemeinschaft anstelle von Ausgrenzung

Im Einzelnen hat das 6-Schritte-Programm folgenden Aufbau:

1. Schritt: Gespräch mit dem Bezugstherapeuten/der Bezugstherapeutin

Nach Bekanntwerden des Rückfalls führt der Rehabilitand/die Rehabilitandin umgehend mit seinem/ihrem Bezugstherapeut/ihrer Bezugstherapeutin ein Einzelgespräch, in welchem er/sie sich mit dem Rückfallhergang, seiner Vorgeschichte, seinen Hintergründen und seiner möglichen Bedeutung auseinandersetzt.

Der Bezugstherapeut/die Bezugstherapeutin prüft anhand des Berichts und der Motivationslage sowie unter Einschätzung der körperlichen und psychischen Verfassung, in wieweit eine Weiterbehandlung aus seiner Sicht in Frage kommt. Bei Verdacht auf Suizidgefahr oder bei Vorliegen von Entzugssymptomen sowie entzugsinduzierten Komplikationen (Psychosen, Krampfanfälle) zieht er den Arzt/die Ärztin und/oder einen Psychologen/eine Psychologin der Einrichtung hinzu, der/die über eine etwaige Verlegung in eine Entgiftungsstation oder in eine psychiatrische Klinik entscheidet

2. Schritt: Bekanntgabe in der Bezugsgruppe

Kommt der Bezugstherapeut/die Bezugstherapeutin zu der Einschätzung, dass eine Weiterbehandlung aus seiner/ihrer Sicht sinnvoll ist, gibt der Rehabilitand/die Rehabilitandin in der Gruppe den Rückfall bekannt. Diese Bekanntgabe soll den Hergang des Rückfalls selbst und eine kurze Vorgeschichte enthalten. Weiterhin bekundet der Rehabilitand/die Rehabilitandin sein/ihr Interesse an einer Weiterbehandlung und der Bearbeitung des Rückfalls.

Diese Bekanntgabe hat die Funktion, einerseits für Transparenz für die gesamte Einrichtung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu sorgen, andererseits bietet sie dem Rehabilitanden/die Rehabilitandin die Gelegenheit, öffentlich zu dem Rückfall zu stehen, um daraus Kraft für die weitere Bearbeitung und die Verhinderung eines weiteren Abrutschens in massivere Rückfälligkeit zu ziehen.

Eine Verurteilung oder Bewertung seitens Mitrehabilitanden und -rehabilitandinnen aufgrund seines Rückfalls soll ausdrücklich vermieden werden.

3. Schritt: Ausfüllen des Rückfallbearbeitungsbogens

Anschließend an die Bekanntgabe zieht sich der Rehabilitand/die Rehabilitandin in einen separaten Raum zurück und beschäftigt sich mit dem Ausfüllen eines standardisierten Rückfallbearbeitungsbogens. In diesem beantwortet er/sie Fragen zum Hergang des Rückfalls, zu begleitenden Gedanken, Gefühlen und Motiven, zu Auslösern, zur Funktion des Rückfalls, zu möglichen alternativen Verhaltensweisen u. ä.

Das Ausfüllen des Bogens hat das Ziel, dem Rehabilitand/die Rehabilitandin Kenntnisse über seine/ihre Sucht- und Rückfallmechanismen zu vermitteln, damit er/sie sich dadurch besser verstehen und sich vor zukünftigen kritischen Situationen besser schützen lernt.

Der Rehabilitand/die Rehabilitandin bleibt für den ersten Tag von seinem/ihrer üblichen Behandlungsprogramm wie auch von seinen/ihren Aufgaben- und Verantwortungsbereichen befreit.

4. Schritt: Sitzung des Rückfallberatungsteams

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt setzt sich das Rückfallberatungsteam zur Entscheidungsfindung über eine mögliche Weiterbehandlung zusammen. Dieses Team besteht aus dem Bezugstherapeuten/der Bezugstherapeutin des Rehabilitanden/der Rehabilitandin, dem/der anwesenden Gruppentherapeut/Gruppentherapeutin, der ärztlichen Leitung, dem Rehabilitand/der Rehabilitandin und einem/einer Mitrehabilitanden/-rehabilitandin seiner/ihrer Wahl.

Es hat insgesamt gesehen beratende Funktion. Die letzte Entscheidung liegt bei der ärztlichen Leitung. Die Art und Weise der Entscheidungsfindung ist offen. Sie kann gemeinsam mit dem Rehabilitand/der Rehabilitandin stattfinden. Sie kann auch in seiner/ihrer Abwesenheit erfolgen.

Zu Beginn der Sitzung schildert der Rehabilitand/die Rehabilitandin noch einmal den Hergang und die Vorgeschichte des Rückfalls, spricht über seine mögliche Bedeutung und Funktion sowie – soweit schon möglich – über alternative Umgangsweisen in Hinblick auf die zugrundeliegende und auslösende Problematik. Dabei kann er/sie den Rückfallbearbeitungsbogen zur Hilfe nehmen. Der/die anwesende Therapeut/Therapeutin und der/die Mitrehabilitanden/-rehabilitandin schildern ihrerseits ihre Eindrücke vom Verhalten des Rehabilitanden und schätzen den Sinn einer möglichen Weiterbehandlung ein. Schließlich wird eine Entscheidung getroffen, die umgehend dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin, sowie dem Mitrehabilitanden/der Mitrehabilitandin mitgeteilt wird.

Gegebenenfalls kann das Beratungsteam zu dem Schluss kommen, dass die Verlegung in eine andere therapeutische Maßnahme, z. B. in eine stationäre Rehabilitation, indiziert ist. Auch eine vorübergehende Entlassung mit der Option auf eine (baldige) Wiederaufnahme kann erwogen werden.

5. Schritt: Weitere Rückfallbearbeitung in Gruppen- und Einzelsitzungen

Während der Rehabilitand/die Rehabilitandin von seinen Aufgaben- und Verantwortungsbereichen noch bis auf weiteres befreit bleibt, um ihm/ihr eine möglichst intensive Rückfallbearbeitung zu garantieren, nimmt der Rehabilitand/die Rehabilitandin ab dem zweiten Tag seit Bekanntwerden des Rückfalls wieder an dem für ihn/sie üblichen Behandlungsprogramm teil.

Der Schwerpunkt der Behandlung in den stattfindenden Gruppensitzungen liegt in der weiteren Rückfallbearbeitung. Dabei werden der Rückfall und seine Implikationen unter der speziellen Ausrichtung der jeweiligen Gruppen betrachtet und behandelt, um ein möglichst vielfältiges Spektrum seiner Bearbeitung zu garantieren.

So werden zum Beispiel Antworten auf die Frage nach der Bedeutung des Rückfalls ebenso unter intrapsychischen wie unter rückfallpräventiven, geschlechtsspezifischen oder arbeit- und freizeitbezogenen oder sozialen Aspekten gesucht.

Unabhängig vom speziellen Gruppensetting konzentriert sich die Behandlung nun auf eine dezidierte Rückfallanalyse, die sich u. a. mit den folgenden Fragen beschäftigt:

- Welches waren die speziellen Auslöser und Bedingungen des Rückfalls? Waren diese für den Rehabilitand/die Rehabilitandin wahrnehmbar? Wurden sie von ihm/ihr 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/die Rehabilitandin?
- Unterscheidet sich der Rückfall von Rückfällen vor der Behandlung? Kann der Rehabilitand/die Rehabilitandin neue Erkenntnisse hinsichtlich seiner/ihrer Sucht und seiner/ihrer Rückfälligkeit gewinnen?
- 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?

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

Während dieses Schritts arbeitet der Klient an seinem Rückfallbearbeitungsbogen.

6. Schritt: Abschließende Rückfallbearbeitung in der Bezugsgruppe

Sobald der unter 5. beschriebene Prozess der Rückfallanalyse, die Erstellung eines Risikoprofils abgeschlossen ist und der Rehabilitand/die Rehabilitandin dazu in der Lage ist, tritt der Rehabilitand/die Rehabilitandin vor die Bezugsgruppe und nimmt zu seinem Rückfall Stellung.

Dieser Schritt hat – auch in Anknüpfung an 2. – vielfältige Bedeutungen für den Rehabilitand/die Rehabilitandin wie auch für die gesamte Therapiegemeinschaft.

- Für den Rehabilitand/die Rehabilitandin ist er 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 Gemeinschaft ist dieser Schritt die Wegbereitung zu einem realistischen, nicht-dramatisierenden und nicht-bagatellisierenden Umgang mit den Themen Sucht und Rückfall und erleichtert somit für die Mitrehabilitanden und -rehabilitandinnen einen offeneren Umgang mit ihrem eigenen Suchtverhalten und ihren Rückfalltendenzen.

4.8.12. Beendigungskriterien

Die ganztägig ambulante Rehabilitation ist regulär zu beenden, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind. Die ganztägig ambulante Rehabilitation ist außerdem zu beenden, 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 bagatellisiert oder geleugnet wird,
- anhaltende Rückfälligkeit besteht und/oder
- eine andere Behandlungsform angezeigt ist

und somit die Rehabilitationsziele durch die ganztägig ambulante 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/die Rehabilitand/Rehabilitandin physisch und psychisch in der Lage ist, am Behandlungsprogramm teilzunehmen, oder innerhalb eines absehbaren Zeitraumes die Therapie fortgesetzt werden kann, dass eine zeitliche und inhaltliche Kontinuität gewährleistet ist.

5. Personelle Ausstattung

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam, welches für die Umsetzung des Rehabilitationskonzepts notwendig ist, gehören folgende Berufsgruppen an, die über qualifizierte Aus- und Weiterbildungen sowie über Berufserfahrung in der Suchthilfe und der Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen verfügen. Die personelle Ausstattung ist mit dem federführenden Kostenträger abgestimmt, der Personalplan wird regelmäßig vorgelegt.

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“.

Alle Berufsgruppen nehmen regelmäßig an Team- und Fallbesprechungen teil und an externer Supervision. Dokumentation und die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gehören zu den Aufgaben des gesamten Behandlungsteams.

Aufgaben und Berufsgruppen im Einzelnen:

- **Ärztliche Leitung (0,36)**

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeinmedizin.. Sie sind neben der ärztlichen Gesamtverantwortung zuständig im 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/ Dipl.-Psychologin (0,6)**

approbierter psychologischer Psychotherapeut/Psychotherapeutin, zuständig für die psychologische Diagnostik, Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin und dem Arzt/der Ärztin, Einzel- und Gruppengespräche.

- **Dipl. Sozialpädagoge/ Dipl. Sozialpädagogin (1,0)** mit auf die Indikation „Sucht“ ausgerichteter und anerkannter Weiterbildung (VDR), zuständig für die Durchführung der Einzel- und Gruppentherapie , Hilfen im sozialen Umfeld.

- **Dipl. Sozialpädagoge/ Dipl. Sozialpädagogin, (1,0)** Klinische Sozialarbeit, zuständig für die Aufnahmeplanung, den Sozialdienst und die Schuldnerberatung. In Kooperation mit dem Ergotherapeut/der Ergotherapeutin pflegt er/sie den Kontakt zu den Arbeitsämtern und Arbeitgebern und organisiert und begleitet das Freizeit- und Kulturangebot. Übernimmt auch Aufgaben aus der Pflege (u.a. Therapiekontrolle, Dokumentation).

- **Ergotherapeut/ Ergotherapeut, (0,25)** zuständig für die Arbeits- und ergotherapeutische Diagnostik, die Anleitung der internen Arbeitsprojekte (Renovierung, Verschönerung, Instandhaltung), das Arbeitsmanagement (Bewerbungstraining, Vermittlung in Hospitationen, Praktika, Arbeit), die Kreativförderung (z. B. handwerkliche und musische Angebote).

- **Diätassistent/Diätassistentin, (0,3)** zuständig für die Organisation, Anleitung und Begleitung der Rehabilitanden/ Rehabilitandinnen bei der Alltagsversorgung, Essenzubereitung mit allen Arbeitsschritten, Haushaltsführung und deren Training. Er vertritt nach Möglichkeit und Bedarf die Ergotherapie in Teilbereichen nach Bedarf.

- **Sporttherapeut/ Sporttherapeutin, (0,25)** zuständig für die Sport- und Bewegungstherapie.
- **Verwaltungskraft, (0,7)** zuständig für die Verwaltung, die Buchhaltung und die Kassenführung. Er nimmt nach Absprache an Teilen der Fall- und Teambesprechungen und der Supervision teil.

Für das gesamte Team gibt es eine regelmäßige Supervision.

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. Im Erdgeschoss des Gebäudes ist ein großes Kinozentrum und ein Kaffeehaus untergebracht. Sowohl die Räume des AZA als auch von city sind durch einen hellen und freundlichen Eingang per Aufzug erreichbar.

Es gibt 2 Stellplätze. Die Einrichtung verfügt zusammen mit der berufsbegleitenden ambulanten Rehabilitation über angemessene Räumlichkeiten auf über 300 qm für medizinische Behandlung, Einzel- und Gruppentherapie, Ergotherapie, Lehrküche, Aufenthaltsraum, Wartebereich, Verwaltung und Sanitärbereich. Der beiliegende Raumplan zeigt: 3 Räume für Einzelgespräche, 1 Gruppen- und Vortragsraum, 1 Aufenthaltsraum, 2 Ergotherapiebereiche, 1 Lehrküche, WC und Waschmöglichkeit für Männer und Frauen getrennt, Empfangsbereich inkl. Sekretariat. In der Einrichtung herrscht Alkohol- und Rauchverbot. Die Arbeitsplätze der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind großzügig gestaltet.

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

Das Arztzimmer befindet sich im 5.OG in den Räumen von Kompass city. Dort befinden sich Liege, Notfallkoffer und Defibrillator. Kontrollen werden über ein Alkoholmessgerät und Urinkontrollen durchgeführt, die in einem separaten (Labor-)raum aufbewahrt werden. Arztzimmer und Laborraum sind nur den Ärzten und dem dafür berechtigten Personen zugänglich.

7. Kooperation und Vernetzung

7.1 Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen und Personen

Das Ambulantes Zentrum Augsburg pflegt eine enge und regelmäßige Zusammenarbeit mit allen Kostenträgern, Beratungsstellen, „Therapie Sofort“, Entgiftungsstationen, Einrichtungen der ambulanten und stationären Therapie, niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen,

Psychotherapeuten und -therapeutinnen, mit Arbeitgebern auf allen Arbeitsmärkten, der Arbeitsagentur, sowie mit den verschiedenen Bildungs- und Kulturträgern.

MitarbeiterInnen 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. Fachtagungen und Punktveranstaltungen innerhalb des AZA aber auch bei und mit den Partnern ergänzen die Arbeit.

7.2 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.

7.3 Zusammenarbeit mit Beratungsstellen

Ein besonderer Schwerpunkt kommt der Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen zu. Vor allem im Rahmen der Intervall-, der Wiederholungs- und der Kombinationsbehandlung findet neben den intern angelegten Gesamtprozessen auch eine enge, regional orientierte Kooperation zwischen dem Ambulanten Zentrum Augsburg und den externen Suchthilfeeinrichtungen statt.

Ausgehend von der Erfahrung, dass singuläre und unabgestimmte Maßnahmen in der Behandlung der zu kontraindizierten Effekten im Therapieprozess führen können, die darüber hinaus häufig die Therapiezeit(en) insgesamt unnötig verlängern, stimmt sich das Ambulante Zentrum Augsburg auf fachlicher, personeller, struktureller und planerischer Ebene auch mit den externen Beratungsstellen intensiv ab.

Dadurch wird erreicht, dass die Rehabilitanden/Rehabilitandinnen auch über Einrichtung- und Trägergrenzen hinweg die jeweils indizierte Maßnahme zum angemessenen Zeitpunkt erhalten, Behandlungsleerläufe vermieden und unnötige Verzögerungen ausgeschlossen werden.

Unter Einbeziehung des Rehabilitand/der Rehabilitandin selbst können dadurch – im Sinne eines einrichtungs- und maßnahmeübergreifenden Case-Managements – Therapiezeiten verkürzt und damit die Effizienz der therapeutischen Gesamtmaßnahme erhöht werden.

7.4 Zusammenarbeit mit Nachsorgeeinrichtungen und Selbsthilfe

Zur Optimierung des Behandlungserfolgs dient die interne Nachsorge im Ambulanten Zentrum Augsburg. Die Arbeits- und Teamstruktur gewährleistet bei interner Weiterbetreuung einen nahtlosen Übergang.

Darüber hinaus arbeiten wir eng und regelmäßig mit den Nachsorgeeinrichtungen anderer Träger zusammen. Die Vermittlung in Nachsorge und Selbsthilfe ist ein Schwerpunkt der Entlassphase.

Eine besonders enge Zusammenarbeit besteht mit den Selbsthilfegruppen Kornblume und den Narcotics Anonymous (NA), diese haben ihre Treffen 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“). Die 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 2.0, Stand 4/2011) zertifiziert.

Weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung sind unter anderem:

- externe Supervision des Behandlungsteams. Bei Bedarf findet auch Einzelsupervision statt.
- regelmäßige Team- und Fallbesprechungen (wöchentlich). Durch die regelmäßige Teilnahme des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin an den Rehabilitations-
- Fallbesprechungen wirkt der Arzt/die Ärztin an der Steuerung des Rehabilitationsprozesses und an der Überprüfung und Weiterentwicklung der Behandlungskonzeption leitend mit.
- regelmäßige interne und externe Fortbildungen
- einrichtungsinterne, vereinsinterne und externe Evaluation,
- Dokumentation durch PATFAK
- Weiterleitung der Daten des Deutschen Kerndatensatzes an die Deutsche Suchthilfestatistik
- Anwendung und Auswertung eines Fragebogens zur Zufriedenheit des Rehabilitanden/der Rehabilitandin

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Festlegen 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 Ansprechpartnerinnen und 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 Gesamtverein sind hierzu Leiterrunde, Abteilungsleiterrunde und verschiedene Fachzirkel (QM-Zirkel, , Fachzirkel berufliche Rehabilitation etc.) etabliert.

Im ambulanten Zentrum arbeitet das interdisziplinäre Rehabilitationsteam regelmäßig und verantwortlich unter ärztlicher Gesamtverantwortung zusammen. Es finden regelmäßig Team und Fallbesprechungen unter ärztlicher Leitung statt (1x pro Woche), in denen das ganze Team teilnimmt.

Der Prozess der Entwöhnungsbehandlung wird einrichtungsintern dokumentiert. Die Akte enthält Antragsunterlagen, Diagnosen, Therapiepläne und Berichte, ggf. Verlängerungsanträge und den Entlassungsbericht. Dabei obliegen dem Arzt/der Ärztin 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 RehabilitandInnen, Substanzkontrollen etc.). Situativen Kurzfallbesprechungen und die Verlaufs-dokumentationen in PFW gewährleisten die Transparenz und die Abstimmung aktueller, den Rehazielen dienenden Handlungsschritte.

10. Notfallmanagement

Die Einrichtung verfügt über ein Notfallmanagement (Notfallablaufplan etc.) Es finden jährliche Sicherheitsbegehungen durch unseren Sicherheitsbeauftragten und unserer Betriebsärztin statt. Drei MitarbeiterInnen sind als Ersthelfer ausgebildet, der interne

Sicherheitsbeauftragte nimmt 1x im Quartal an den AZA-Sitzungen teil. Es finden regelmäßig für das gesamte Team Notfalltrainings und die entsprechenden Schulungen 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/in werden darüber hinaus gefördert. Interne Fortbildungen zu spezifischen Themen werden jährlich angeboten.

Im Rahmen der Personalentwicklung werden jährlich die Fortbildungsbedarfe erfragt und ein Fortbildungsplan entworfen. Dabei werden nur qualifizierte und anerkannte Fortbildungsinstitute bzw. ReferentInnen angefragt. Nach jeder Fort- und Weiterbildung wird eine Bewertung vorgenommen, die zentral im Qualitätsmanagement ausgewertet wird und in den Prozess der Fortbildungsplanung wieder einfließt.

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. Die therapeutische Fall- und Teamsupervision wird intern durch einen qualifizierten Fachvorgesetzten sowie extern durch einen qualifizierten Supervisor durchgeführt. Dieser ist in der Suchtherapie erfahren, hat eine psychotherapeutische Weiterbildung und eine Supervisionsausbildung.

13. Hausordnung/Therapievertrag

Die Hausordnung sowie der Therapievertrag wird jedem Rehabilitanden zu Beginn der Maßnahme bekannt gegeben (s. Anlage).

14. Datenschutz

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

15. Anhängende Dokumente

- 1 Strukturplan Kompass City und AZA
- 2 AZA-Netzwerk
- 3 Raumplan, Obstmarkt 3.OG und 5.OG

- 4 Hausordnung
- 5 Behandlungsvertrag
- 6 Rückfallbearbeitungsbogen
- 7 Wochenplan
- 8 Literaturliste