



KONZEPT

Kompass Direkt

Adaption & Stabilisierungstherapie

Stand November 2014

AutorInnen: Holger Baumann (verantwortlich)

Eva Lugger, Florian Pfaller, Julia Rappolder, Daniela Leyrer

Inhalt

1. Einleitung	5
2. Allgemeines	4
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	4
4. Rehabilitationskonzept	5
4.1 Theoretische Grundlagen	7
4.1.1 Persönlichkeitsbild	7
4.1.2 Suchtverständnis	8
4.1.3 Adaption als abschließende Phase der stationären medizinischen Rehabilitation	13
4.1.4 Stabilisierungstherapie	14
4.2 Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen	15
4.3 Rehabilitationsziele	16
4.4 Rehabilitationsdauer	17
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	17
4.6 Rehabilitationsprogramm	19
4.7 Rehabilitationselemente	21
4.7.1 Aufnahmeverfahren	21
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	22
4.7.3 Medizinische Therapie	22
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	23
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen	27
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	29
4.7.7 Freizeitangebote	29
4.7.8 Sozialdienst	30
4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung	30
4.7.10 Angehörigenarbeit	31
4.7.11 Rückfallmanagement	31
4.7.11.1 Rückfallprophylaxe	33
4.7.11.2 Rückfallkonzept	34
4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege	35
4.7.13 Weitere Leistungen	35
4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	36
5. Personelle Ausstattung	37

6. Räumliche Gegebenheiten	37
7. Kooperation und Vernetzung	39
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	39
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	40
10. Notfallmanagement	41
11. Fortbildung	42
12. Supervision	42
Literatur	43
Anhang: Therapievertrag	47
Anhang: Wochenplan	49
Anhang: Grundsätze	51

1. Einleitung

Die Einrichtung Kompass Direkt der Kompass Drogenhilfe GmbH ist eine Einrichtung zur Adaption im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Im Rahmen der adaptiven Einrichtungsstruktur wird außerdem eine Stabilisierungstherapie (Auffangtherapie, Krisenintervention) durchgeführt.

Mit dem vorliegenden Konzept wird die wissenschaftlich begründete Durchführung im Rahmen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4.5.2001 nachgewiesen.

Die Einrichtung erbringt Leistungen im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (§ 15 SGB VI) mit den in § 9 SGB VI beschriebenen Aufgaben.

Das Konzept ist am bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsfolgemodell der WHO ausgerichtet, wie sie in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) konzipiert wurde.

Die Einrichtung nimmt an einem externen Qualitätssicherungsprogramm teil und ist nach den Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zertifiziert.

Die Grundlagen der medizinischen Rehabilitation bilden die Modelle und Methoden der wissenschaftlich anerkannten Therapieschulen der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse und der Systemischen Therapie unter Einbeziehung anderer Therapieschulen, insbesondere humanistischer Therapien.

Der einfacheren Lesbarkeit halber wird in der vorliegenden Konzeption die männliche Form gewählt.

2. Allgemeines

Die Konzeption beschreibt die stationären Angebote Adaption, für Rehabilitanden im direkten Anschluss an eine Alkohol- oder Drogenentwöhnung, und Stabilisierungstherapie, für Rehabilitanden mit Therapieerfahrung, im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker der Einrichtung Kompass Direkt. Kompass Direkt ist zugleich federführende Einrichtung der Kompass-Modultherapie und führt in diesem Rahmen ambulante medizinische Rehabilitation durch. Diese wird in einer weiteren Konzeption beschrieben.

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

Anschrift: Kompass Direkt
Ahornerstr. 7
86154 Augsburg
Tel.: 0821/207 58 66 - 0
Fax: 0821/207 58 66 - 10
e-mail: direkt@kompass-augsburg.de
Internet: www.kompass-augsburg.de

IK-Nr.: 500974554

Träger: Kompass Drogenhilfe GmbH
Piccardstr. 15a
86159 Augsburg

Geschäftsführer: Fritz Schwarzbäcker
Einrichtungsleiter: Holger Baumann
Kostenträger: Federführender Kostenträger ist die DRV Schwaben
Deutsche Rentenversicherungen
Krankenkassen
überörtliche Sozialhilfeträger
Erstellungsdatum: 30.09.2012

Die Kompass Drogenhilfe GmbH ist eine Tochter der Augsburger Gesellschaft für Lehmbau, Bildung und Arbeit. Die Gemeinnützigkeit ist anerkannt.

Neben Kompass Direkt ist die Kompass Drogenhilfe noch Träger folgender Einrichtungen:

Kompass Hof – Langzeittherapie in Mindelheim

Kompass Kompakt – Kurzzeittherapie in Augsburg

Kompass Impuls – medizinische Rehabilitation und Heim für Jugendliche in Ottobeuren

Kompass Perspektive – Therapie auf dem Bauernhof mit Sitz in Mindelheim

Kompass Nachsorge – Betreutes Wohnen in Augsburg

Kompass Brucker Weg – Ambulante Intensive Begleitung für Jugendliche

Kompass Soziotherapie Lohhof – Soziotherapeutische Einrichtung in Mindelheim

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Adaption

Kompass Direkt wurde 1998 zunächst als reine Adaptionseinrichtung für Drogenabhängige gegründet. Es wurden Rehabilitanden im nahtlosen Anschluss an ihre erste Phase der stationären Drogentherapie aufgenommen. Adaption ist der abschließende, primär zukunftsorientierte Teil der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Der Fokus der therapeutischen und beraterischen Bemühungen richtet sich hier primär auf die alltagsnahen Erfahrungen zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung.

Seit Februar 2012 ist außerdem die Aufnahme von Alkoholabhängigen für die Durchführung der Adaptionsbehandlung möglich.

Kapazität und Alter: 9 Frauen und Männer ab 18 Jahren (+ mögliche nicht belegte Stabilisierungstherapieplätze), In Einzelfällen auch Jugendliche
Dauer: 2 – 3 Monate
Eine Verkürzung oder Verlängerung der Adaption ist in Absprache mit den Kostenträgern möglich
Zielgruppe: Drogen- und/oder Alkoholabhängige nach abgeschlossener Kerntherapie

Stabilisierungstherapie

Zumindest theoretisch gab es seit Gründung der Einrichtung die Möglichkeit Rehabilitanden ohne vorhergehende erste Phase – etwa nach einem Rückfall – direkt in die Adaption unter dem Begriff „Stabilisierungstherapie“ aufzunehmen. Nach konzeptionellen Änderungen ab 2001 häuften sich die Anfragen von Beratungsstellen nach dieser Therapieform. Die Forderungen nach einer Individualisierung der Suchttherapie machten einen Ausbau dieses Angebots möglich und notwendig. Stabilisierungstherapie wendet sich an Rehabilitanden mit Therapieerfahrung und ausreichenden Kompetenzen zur vergleichsweise selbständigen Alltagsgestaltung. Stabilisierungstherapie ist ein strukturell an die Adaption – mit den realitätsnahen Möglichkeiten zur Außenorientierung – und therapeutisch an die Kerntherapie – mit den Möglichkeiten zur intensiven Auseinandersetzung mit den individuellen Zusammenhängen der Suchterkrankung – angelehntes Angebot. Dabei ist das Angebot insgesamt den Möglichkeiten zur realitätsnahen, außenorientierten und individualisierten Therapie einer Adaptionseinrichtung entsprechend gestaltet.

Kapazität und Alter:	5 Frauen und Männer ab 18 Jahren (+ mögliche nicht belegte Adaptionsplätze)
Dauer:	8 – 13 Wochen Eine Verkürzung oder Verlängerung ist in Absprache mit den jeweiligen Kostenträgern möglich.
Zielgruppe:	Drogenabhängige mit Therapieerfahrung

Modultherapie

Seit 1.1.2012 ist Kompass Direkt außerdem die federführende Einrichtung der Kompass Modultherapie. Diese Therapieform richtet sich an drogenabhängige Rehabilitanden aus dem Großraum Augsburg und wird als Kombination aus stationären und ambulanten Therapie- und Beratungseinheiten durchgeführt. Kompass Direkt führt dabei die stationären Therapieeinheiten (neben den Partnereinrichtungen Kompass Hof und Kompass Kompakt), sowie die ambulanten Einheiten durch. Dieses Modellprojekt wird in einer eigenen Konzeption beschrieben.

Kooperationsverträge bestehen mit einem niedergelassenen Arzt zur hausärztlichen Versorgung, sowie einem nahegelegenen Fitnessstudio zur für Rehabilitanden wesentlich vergünstigten Nutzung.

Es wird außerdem mit allen anderen Einrichtungen der Kompass Drogenhilfe, insbesondere der Nachsorgeeinrichtung, mit der Drogenhilfe Schwaben, sowie mit den Einrichtungen der Augsburger Lehmbaugruppe, insbesondere den Gesellschaften der Lehmbaugruppe, die Angebote im Bereich beruflicher Aus- und Weiterbildung machen (BBZ, BAL), eng zusammen gearbeitet

Enge Kooperation besteht außerdem mit den BKHs Augsburg, Kaufbeuren, Isar-Amper-Klinik und Hochstadt, der Entgiftungsstation Villa Schwabing des Schwabinger Krankenhauses in München und der Drogenhilfe Schwaben. Darüber hinaus gibt es Kooperationen mit einer großen Anzahl von Beratungsstellen sowie zahlreichen Kerntherapie- und Nachsorgeeinrichtungen im gesamten süddeutschen Raum.

Das Haus befindet sich innerhalb Augsburgs, mit 270.000 Einwohnern die drittgrößte Stadt und mit ca. 600.000 Einwohnern der drittgrößte Ballungsraum Bayerns. Die Einrichtung verfügt über eine sehr gute öffentliche Verkehrsanbindung. Damit können alle beruflichen und Bildungsangebote, Kultur- und Freizeitangebote der Stadt gut genutzt werden. 2011 betrug die Arbeitslosenquote der Stadt Augsburg 6,9 % und des Landkreises Augsburg 3,1 %. Als außenorientiertes Therapieangebot wird die örtliche Infrastruktur bewusst genutzt.

Der Rehabilitandenbereich ist in drei Wohngruppen mit jeweils maximal 6 Betten in Ein- und Zweibettzimmern und jeweils einer gemeinsamen Wohnküche aufgeteilt. Jedes der Zimmer verfügt über ein eigenes Bad.

Neben großzügigen Therapieräumen sind ein großes Wohnzimmer, ein Freizeitraum mit Kicker, ein Computerraum mit Internetanschluss, eine Sauna, ein Tischtennisraum und ein kleiner Garten vorhanden.

Eine Anerkennung zur Durchführung einer Therapie im Rahmen von § 35 / 36 BtMG besteht sowohl für die Adaption, als auch für die Stabilisierungstherapie.

4. Rehabilitationskonzept

Die Grundlage des Rehabilitationskonzepts ist das bio-psycho-soziale Krankheits- bzw. Gesundheitsmodell des ICF der von der WHO herausgegebenen Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (vgl.: DIMDI 2005). Die Abhängigkeit und ihre Folgeerscheinungen werden hier in ihren umfassenden individuellen und sozialen Zusammenhang unter Berücksichtigung von Defiziten und Ressourcen fokussiert. Mit diesem für den Bereich der medizinischen Rehabilitation verpflichtenden Modell wird aus unserer Sicht dem vielschichtigen Phänomen „Sucht“, sowie dem umfassenden Aufgabenspektrum der Rehabilitation in besonderer Weise entsprochen.

Dem Rehabilitationskonzept liegt eine multiprofessionelle, schulenübergreifende Sichtweise zu Grunde, die auf den (auch, aber nicht nur für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen) wissenschaftlich anerkannten Verfahren der Verhaltenstherapie – insbesondere in ihrer kognitiven Therapieausrichtung (vgl.: Beck 1999), sowie der systemischen Therapie (vgl.: Ludewig 1997, Schiepek 1999, Schwertl 1998) unter Einbezug von Ideen der Psychoanalyse (vgl.: Rost 1987, Rost 2003) und der humanistischen Verfahren aufbaut.

4.1 Theoretische Grundlagen

4.1.1 Persönlichkeitsbild

Person ist aus unserer Sicht zunächst ein ethisches Phänomen. In der neuzeitlichen europäischen Kultur erhält der Einzelne selbstbezweckten Wert als autonome und zugleich soziale Einheit (vgl.: Dülmen 1997). Im Anschluss an diese Tradition ist ein humanistisches Menschenbild die Grundlage und Voraussetzung für unsere Arbeit. Dazu zählt vor allem die Orientierung an Werten wie Freiheit, Gerechtigkeit und Menschenwürde. Die therapeutische Praxis orientiert sich daher prinzipiell wertschätzend an Fähigkeiten, Ressourcen und am Wachstumsbedürfnis der Rehabilitanden. Voraussetzung für eine therapeutische Beziehung ist außerdem der Respekt vor den individuellen Eigenarten und Zukunftsentwürfen, vor Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit. Dies schließt zugleich auch eine Sichtweise

ein, die dem Einzelnen grundsätzlich Verantwortung für eigenes Handeln unterstellt (vgl.: Kriz 1991, S.178 ff). Wir verstehen diese Maxime als Leitbild, an denen sich alltägliches praktisches Handeln in der Begegnung mit den Rehabilitanden zu orientieren hat.

Über die humanistisch-ethische Sichtweise hinaus verstehen wir Persönlichkeit bzw. Identität nicht als substantielle Eigenart, sondern als eine sich lebenslang veränderbare und fortentwickelnde Einheit. Dabei ist die Persönlichkeitsentwicklung – unabhängig vom Trennort zwischen Person und Umwelt – ein originär sozialer, interaktiver Prozess. Der Einzelne stellt sich in seiner Eigenart sich selbst und anderen gegenüber auch als sozial positioniert dar und verwendet sozial definierte Begriffe und Verhaltensweisen. In diesem sozialen Kontext konstituiert er sich mit seiner Biografie immer wieder neu und erzählt sein Selbst als kohärent (vgl.: Pervin 1993, S. 451ff; Keupp u. a. 1999). Als Therapeuten können wir daher den einzelnen Rehabilitanden nicht allein in seiner vermeintlichen inneren Autonomie betrachten, sondern müssen die Wechselzusammenhänge zu seiner spezifischen Umwelt berücksichtigen.

In dieser Verknüpfung einer modernen, humanistischen mit einer spätmodern-konstruktivistischen Sichtweise wird unsere therapeutische Grundhaltung deutlich: Der Wert des Einzelnen und die Verantwortung für eigenes Handeln löst sich einerseits nicht mit dem bloßen Hinweis auf Sozialität in postmoderner Beliebigkeit auf, sondern wird im Gegensatz dazu in den Vordergrund gestellt. Andererseits wird der Kontext von Autonomie und Verbundenheit betont.

Die im Zusammenhang mit der „Individualisierungsgesellschaft“ diskutierten Vervielfältigungen von Lebenswegen und Lebensstilen, Möglichkeiten zur Abweichung von Normalbiografie begreifen wir als Chance. Entgegen den früher häufig restriktiven Einstellungen zu Form, Inhalt und Ziel der Drogentherapie, kann es aus unserer Sicht keinen „richtigen“ Weg zur Drogenfreiheit und keine „richtige“ Identität geben. Gerade weil unsere Rehabilitanden häufig eher zum benachteiligten Personenkreis gehören, bei denen sich lediglich die Risiken, weniger die Chancen individualisieren, muss das Ziel der Erwerb von Mut und Fähigkeit zu selbstverantworteter Lebensgestaltung sein. In humanistischer Tradition kann daher ein Leitbild mit Adorno formuliert werden: „Ohne Angst verschieden sein können“ (Adorno 1964, S. 130).

4.1.2 Suchtverständnis

Obwohl zwischen den Begriffen „Sucht“ und „Abhängigkeit“ wesentliche Unterschiede bestehen, werden die beiden Begriffe sowohl im Alltag als auch im wissenschaftlichen Kontext meist synonym verwendet (vgl.: Gerkens, Müller & Wimmer 2011, Bd. I, S. 2.1 – 1 ff). In einem pragmatischen an der Alltagssprache angelehnten Sinne verstehen wir daher unter Sucht bzw. Abhängigkeit zunächst immer die stoffgebundene Abhängigkeit.

Im Übrigen stellt sich zunächst auch nicht die Frage nach der Unterscheidung zwischen der landläufig sich auf illegale Drogen beziehenden „Drogenabhängigkeit“ und der „Alkoholabhängigkeit“. Korrekt müsste man von „psychoaktiven Substanzen“ sprechen, um dem Umstand gerecht zu werden, dass alle Drogen, illegale Drogen und Alkohol in ihrer „... Hauptwirkung in der *Veränderung psychischer Zustände und Prozesse...*“ bestehen (Tretter & Müller 2001a; Hervorh. i. Orig.). So sind etwa in der Wirkungsweise die Unterschiede zwischen unterschiedlichen illegalen Drogen häufig größer als etwa der Unterschied zwischen Alkohol und Opiaten.

Für alle Formen der Einnahme psychoaktiver Substanzen wird in allen neueren, weiterentwickelten Krankheitsmodellen neben dem Aspekt der (Selbst)destruktivität zunehmend mehr auch die Sichtweise betont, wonach der Abhängigkeit ein Wunsch nach positiven Erfahrungen zu Grunde liegt. Denn in jedem Fall ist die Stimmungsänderung, ob nun im Sinne einer Spannungsreduktion oder im Sinne eines (subjektiv positiv bewerteten) Spannungsaufbaus, Hauptgrund für die Einnahme von psychoaktiven Substanzen (vgl.: Davison & Neale, S. 323ff):

a) Im Rahmen der der Verhaltenstherapie zu Grunde liegenden Lerntheorien wird Sucht in diesem Sinne mittlerweile weniger als einfache Verstärkung durch das „Empfangen von Belohnung“, sondern – vor allem in der weiteren Suchtentwicklung – mehr als „antizipatorischer Lerneffekt“, also die Erwartung von Belohnung, verstanden (Lindenmeyer 2003, S. 120).

b) Im Rahmen der psychoanalytischen Suchttheorien werden drei Grundmodelle der Abhängigkeitsstörung proklamiert: Suchtkrankheit wird entweder als neurotischer Konflikt mit Schuldgefühlen als Ursache oder als Selbstzerstörung in Folge traumatischer Biografien, mit der buchstäblich fehlenden „Erlaubnis zum Leben“ erklärt (Rost 2003, S. 115). Zudem gewinnen Suchtmittel aber auch als Selbstheilungsmittel zur Affektkompensation bei einem vorhandenen schwachen Ich eine Bedeutung (vgl.: ebd., Körkel und Schindler 2003).

c) Aus systemischer Sicht wird Sucht zunächst als sinnvolles Handeln innerhalb des Beziehungskontextes (also etwa der Familie) verstanden. Suchtmittelleinnahme ist also ein Lösungsversuch der aus der inneren Beziehungsdynamik logisch erscheint. Für den Einzelnen wird das Suchtmittel „... zu einer Substanz, die sowohl (offen) Autonomes als auch (heimlich) Bindendes erlebbar werden lässt“ (Klein 2002, S. 262, vgl.: Klein 2005). Abhängigkeit entsteht aus systemischer Sicht somit vor allem aus dem (vermeintlich „gelösten“) Grundkonflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit (vgl.: Schneider & Ruff 1985).

Trotz eines vor allem in der Praxis weitgehend eklektischen Ansatzes basiert unser Suchtverständnis auf den verhaltenstherapeutischen und systemischen Erklärungsansätzen: die Funktion der Sucht lässt sich als individueller Lösungsversuch, etwa zur Überwindung von Belastungsfaktoren, verstehen. Daraus resultiert letztlich ein therapeutisches Verständnis, wonach vorhandene alternative oder neue Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden müssen.

Alle Ausführungen beziehen sich grundsätzlich auf alle Drogen, also auch auf Alkohol, wengleich der Umstand der Legalität bzw. Illegalität bestimmter Drogen allgemein und in der jeweiligen individuellen Suchtgeschichte von besonderer Bedeutung ist. Sofern von „Droge“ die Rede ist, sind im Folgenden immer sowohl illegale als auch legale Drogen gemeint.

In Abgrenzung zu anderen, etwa juristischen, Herangehensweisen an das Phänomen Sucht und ihre Folgeerscheinungen muss von einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation „Sucht“ zunächst immer als Krankheit betrachtet werden. Schließlich ist mit diesem Verständnis zugleich auch das Recht auf therapeutische Hilfe eingeschlossen. Andere Suchtbegriffe müssen demgegenüber zurückgestellt werden. Drogensucht selbst ist also zunächst weder abweichendes noch kriminelles Verhalten.

„Krankheit“ im herkömmlichen Sinne ist vor allem eine primär medizinische Kategorie. Sucht ist dann symptomatischer Ausdruck eines dahinter liegenden personalen Defizits. Unseres Erachtens ist aber bei Drogensucht, mehr noch als bei anderen psychischen

Erkrankungen, der soziale Zusammenhang besonders bedeutend. Vielfach trifft dies auch auf Alkoholabhängigkeit zu. Der klassische Krankheitsbegriff ist nur eingeschränkt geeignet, da der mikro- und makrosoziale Zusammenhang, der Kontext lebensweltlicher Belastungen, zugunsten einer Idee von somatischen oder innerpsychischen Verhaltensprozessen, deren Ursachen ebenfalls in innerpsychischen Abläufen zu finden sind, zurückgedrängt wird (vgl.: Keupp 1972; Davison & Neale 1998, S. 30f). Ebenso lässt sich Sucht kaum präzise als pathologisch von nicht-pathologischem Verhalten abgrenzen. Letztlich ist der Übergang von gewohnheitsmäßigem Konsum zur Abhängigkeit fließend (vgl.: Tretter & Müller 2001a). Allerdings muss an dieser Stelle betont werden, dass Substanzmittelabhängigkeit teilweise erhebliche, auch langfristige bis lebenslange, somatische und psychische Beschwerden zur Folge hat, wodurch zumindest in diesem Zusammenhang wieder im eigentlichen Sinne von Krankheit gesprochen werden kann (vgl.: Tretter 2001). Unseres Erachtens wäre es zumindest in der theoretischen Darstellung ebenso falsch einen lediglich defizitorientierten Suchtbegriff zu formulieren, wie es falsch wäre die zumindest in Folge der Abhängigkeit, teilweise aber auch diese mit bedingenden Defizite allein mit dem Hinweis auf bestehende Ressourcen zu vernachlässigen.

Nach einer Zusammenschau der Forschungsergebnisse unterschiedlicher Disziplinen zur Ätiologie der Sucht lässt sich feststellen, dass auch eine Kumulation von Bedingungsfaktoren keinerlei signifikante Vorhersage ermöglicht: „Immer wieder gibt es die Erfahrung, dass unter ähnlichen oder gar gleichen Rahmenbedingungen die eine Person süchtig wird und die andere möglicherweise gerade an widrigen Umständen reift und hervorragende Lebenstechniken entwickelt“ (Schwehm 1996, S. 9). Die Entwicklung einer Abhängigkeit lässt sich damit nur aus der individuellen Biografie heraus verstehen.

Dabei existieren verschiedene Möglichkeiten, die vielfältigen Risikofaktoren zu systematisieren: „Sucht stellt sich dar als ein unspezifisches Gefüge aus individueller Persönlichkeit und ihrer besonderen lebensgeschichtlichen und sozialen Situation vor dem Hintergrund der soziokulturellen Konflikte unserer Zeit. Es besteht eine enge Verflechtung von individualpsychologischen, familiensoziologischen und gesellschaftlich-strukturellen Gegebenheiten, die eine wissenschaftliche Bearbeitung von Suchtproblemen erschweren“ (Gerkens, Müller & Wimmer 2011, Bd. I, S. 2.1.-5).

Von der klassischen Suchtforschung wird ein Ursachen-Trias aus den Faktoren Droge, Person und Umwelt angenommen (vgl.: Wöbcke 1977):

1. Unbestritten ist die Wirksamkeit der Droge selbst ein zentraler Aspekt der Drogensucht. Die zunächst einmalige oder zeitweise Einnahme der Droge zur Selbstmedikation, zur euphorisierenden oder sedierenden Beeinflussung der eigenen körperlichen und psychischen Befindlichkeit – etwa die Herbeiführung von Lustgefühlen – wird zunehmend zum einzigen, dauerhaften Mittel der Problembewältigung (vgl.: Gross 1992).

2. Einen Hinweis auf eine bestimmte Suchtpersönlichkeit gibt es nicht (vgl.: Miller & Rollnick 1999, S. 25f). Es fällt jedoch eine Häufung verschiedenster Persönlichkeitsmerkmale auf, wobei persönlichkeitspezifische Ursachen und Folgen der Sucht kaum voneinander getrennt feststellbar sind (vgl.: Harten, Röhling & Stender 1992). Neben einer hohen Häufigkeit suchtvorausgehender und –begleitender psychischer Krankheiten lassen sich diese aber kaum konkret, sondern eher allgemein als spezifische Form der Selbst- und Belastungswahrnehmung und der – etwa erlernten – Bewältigungsstrategien verstehen (vgl.: Tretter & Müller 2001b).

3. Umweltfaktoren werden häufig eher diffus als unterschiedliche Einflüsse des äußeren Lebensraumes und der Sozialisationsgeschichte zusammengefasst. In neueren Modellen werden demgegenüber die Umweltfaktoren noch in gesellschaftliche Lebensbedingungen und die Interaktionsbeziehungen des sozialen Nahraums aufgespalten (vgl.: Schwehm 1996).

Letztlich handelt es sich bei der Entstehung von Abhängigkeit „... um einen lebendigen, sich immer wieder rückkoppelnden systemischen Prozess [...] Eine Antwort auf die Frage, warum Menschen Drogen nehmen, kann möglicherweise derjenige finden, der sich auf die komplexe Beziehung zu eben diesen Menschen einlässt“ (Schwehm 1996, S. 9).

Um dem immer vorhandenen sozialen Zusammenhang der Sucht und seiner Ausdrucksformen gerecht zu werden, schlägt Heckmann (vgl.: 1980) ein (vorwiegend für den Bereich der illegalen Drogen ausgearbeitetes) aus unserer Sicht sehr geeignetes Alternativmodell vor:

a) Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Weit über die direkte Wirkung der Drogen hinaus wird der Alltag Drogenabhängiger wesentlich von der mehr oder weniger willkürlichen, historisch bedingten Unterscheidung zwischen dem „Recht auf legalen Rausch“ und illegaler Handlung bestimmt. Häufig besteht dabei sogar eine direkte Interdependenz zwischen Personen und Kultur. Gerade die Illegalität, die Möglichkeit sich durch die Einnahme illegaler Drogen außerhalb des gesellschaftlich Erlaubten zu stellen, sich einer Alternativkultur anzuschließen, ist es, was vielfach vor allem Jugendliche erst auf die Idee Drogen konsumieren zu wollen bringt.

Wenn auch nicht jeder Jugendliche, der Drogen konsumiert, eine echte therapiebedürftige Abhängigkeit entwickelt, so unterscheidet sich das erhoffte Lebensgefühl, der in der Spätmoderne sich zunehmend ausweitende jugendtypische Wunsch nach Gegenwärtigkeit, von „normalen“ und „drogenabhängigen“ Jugendlichen doch häufig kaum. Dieser Wunsch „outlaw“ zu sein, mit allen damit zusammenhängenden Mythen und Metaphern, medial vermittelten und (sub)kulturell übersetzten Bildern, wird im Übrigen durch echte Benachteiligung, etwa Bildungsbenachteiligung etc., durch die Verschlechterung der (ökonomischen) Lebensbedingungen, bei zugleich zunehmender Bedeutung von Konsum, wesentlich mitgefördert.

b) Entstehungszusammenhänge

Kritische Übergänge, wie Pubertät, Übergang ins Erwerbsleben etc., und die kulturelle Definition dessen „wie“ diese Übergänge zu durchleben seien, die Erwartung früher Individualität im Widerspruch zu der Erwartung von Anpassung an das Gegebene, stellen einen wesentlichen begünstigenden Faktor für Suchtentwicklung dar. Dies umso mehr, als Chancen und Risiken ungleich verteilt sind. Im Übrigen leuchtet unmittelbar ein, dass die Entwicklung einer Abhängigkeit in einer „Erlebnisgesellschaft“ begünstigt wird. Letztlich spielt „... durch seinen Habitus ... der jugendliche Drogenkonsument sich selbst und anderen den Erwachsenen-Status vor, die Droge schützt ihn andererseits davor, seine Zukunft klar zu sehen und hält ihn letztlich künstlich vom Prozess des Erwachsen-Werdens fern, die Reifung wird unterbrochen“ (Heckmann 1980, S. 123).

c) Anlässe

Der Konsum illegaler Drogen beginnt meist innerhalb der sozialen Gruppe Gleichaltriger, oder er beginnt, um sich einer Gruppe anschließen zu können. Innerhalb dieser wird eine teilkulturelle Alternativnorm gefestigt. Die längerfristige Zugehörigkeit zu einer gefährdeten

Gruppe ist letztlich auch abhängig von potentiellen Alternativen, also etwa der Möglichkeit sich anderen Gruppen anzuschließen oder der Stabilität familiärer Beziehungen.

d) Voraussetzungen

Hierunter ist zunächst die direkte Wirkung der Drogen bzw. die erwartete Wirkung zu verstehen. Die Erfahrungen mit dem Stoff oder dem Setting der Drogeneinnahme, aber auch die Existenz von Lernmodellen begünstigen die Entwicklung von Gebrauch und Missbrauch hin zu einer Abhängigkeit. Aber auch der bestehende Markt, also das Angebot bestimmter Drogen ist Voraussetzung. Die Erreichbarkeit von Drogen unterscheidet sich in unterschiedlichen sozialen Nahräumen wesentlich. Die Wahrscheinlichkeit einer schweren Drogenabhängigkeit steigt mit der höheren Verfügbarkeit von harten Drogen in der Großstadt, in sozialen „Brennpunkten“, in Schulen in denen mehr Drogen konsumiert werden etc.

e) biografische Faktoren

Noch vor den genannten horizontalen Faktoren sozialer Interaktionen lassen sich in jeder Lebensgeschichte Drogenabhängiger bestimmte biografische Besonderheiten feststellen, die Konsum und Abhängigkeit begünstigen. Dies können beispielsweise längerfristige Konsummodelle sein, dauerhafte Konflikte oder Erniedrigungen innerhalb der Familien oder traumatische Erlebnisse. Ebenso finden sich aber häufig auch spezifisch besondere Lebensbrüche, etwa der Verlust nahe stehender Personen ohne geeignete Bewältigungsunterstützung usw.

Insgesamt ist die Drogenabhängigkeit also sowohl in ihrer Entstehungs- als auch Ausdrucksform ein originär sozialer Prozess. Dabei ist Drogenabhängigkeit sowohl „eine Form sinnhaften sozialen Handelns“, als auch internalisierte Selbstdefinition (Dollinger 2002, S. 213; vgl.: Klein 2002). Durch soziale Zuschreibungsprozesse wird dies eher begünstigt.

Auffällig ist dabei, dass sich die so genannten „suchttypischen Verhaltensweisen“ in relativ vielen Bereichen mit dem Verhalten nicht süchtiger Menschen, also beispielsweise jugendtypische Verhaltensweisen, überschneiden. Einerseits werden dadurch therapeutische Bemühungen erschwert, indem eben nicht „einfach“ innerpsychische Defizite ausgeglichen werden können. Schließlich wird Therapie aus Rehabilitandensicht zunächst nicht unbedingt als Bereicherung, sondern häufig eher als Verlust, Mangel und Einschränkung wahrgenommen. Ein wesentlicher Teil der Selbstdefinition und sozialen Verortung fällt – zunächst ohne längerfristigen adäquaten Ersatz – weg. In stationären Therapieeinrichtungen kann letztlich lediglich in jedem besonderen Fall der Einzelne begleitet werden, über das bloße Weglassen hinaus Neues zu finden.

Letztlich bildet das Erarbeiten der Kontexte von den persönlichen, biografischen Faktoren über die spezifischen Zusammenhänge der Suchtentwicklung bis zur individuellen sozial-kulturellen Verortung des einzelnen Rehabilitanden die Grundlage: Auf dieser Basis kann die oben erwähnte Funktion der Suchtkrankheit im Allgemeinen, wie im Besonderen verstanden werden und es können Hilfestellungen für die Entwicklung einer umfassenden Zukunftsperspektive gegeben werden.

Gerade für den Bereich der Rehabilitation wurde mit der Verabschiedung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine bahnbrechende Veränderung der Behandlungsformen möglich. In diesem bio-psycho-sozialen Modell wird „... die Einschränkung einer individualzentrierten, symptom- und defizitorientierten Perspektive zugunsten einer holistischen Ursachenanalyse und

Therapiekonzeption bei der Gestaltung von Prozessen der medizinischen Rehabilitation...“ aufgegeben (Stachowske 2008, S. 21).

Hier wird ein Verständnis von Sucht proklamiert, bei dem nicht nur die direkten Krankheitssymptome betrachtet, sondern vor allem die rehabilitationsbedeutsamen Krankheitsfolgen in ihrem Gesamtkontext kategorisiert, wobei grundsätzlich auch die jeweiligen Ressourcen und Fähigkeiten berücksichtigt werden. Zudem wird aber auch das soziale Umfeld als wesentlicher Faktor mit berücksichtigt, was für die eher individualistisch angelegte Suchttherapie in Deutschland ein bedeutendes Novum darstellt (vgl.: v. Sydow u. a. 2010):

In Teil 1 des ICF werden die Funktionsfähigkeit, sowie Funktionsstörungen erhoben, die sich auf zwei Komponenten beziehen:

a) die Körperfunktionen und –strukturen – wozu beispielsweise auch die im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen häufig relevanten mentalen Fähigkeiten bzw. Störungen, aber auch physische Krankheitsfolgen gehören

b) die Aktivität und Teilhaben – wozu etwa die Interaktionsfähigkeiten, Erwerbsfähigkeiten, wirtschaftlichen Möglichkeiten oder die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe gehören.

In Teil 2 des ICF werden die Kontextfaktoren erhoben, die sich wiederum auf zwei Komponenten beziehen:

c) die Umweltfaktoren – also etwa die familiären Zusammenhänge, aber auch die demographischen oder gesellschaftlichen Entwicklungen

d) Personenbezogene Faktoren, die nicht näher klassifiziert werden.

Es leuchtet wohl unmittelbar ein, dass das Phänomen Sucht mit diesem Modell sowohl allgemein, als auch auf den Einzelnen bezogen umfassend verstanden werden kann. Dabei muss insbesondere im Sinne eines Rehabilitationsverständnisses ergänzend erwähnt werden, dass die Bedeutung der jeweiligen Krankheitsauswirkungen im ICF nicht objektiv, sondern jeweils subjektiv aus Sicht des einzelnen Rehabilitanden erhoben werden: Dies drückt aus unserer Sicht den in unserer Einrichtung vollzogenen Paradigmenwechsel im Verständnis von Sucht und Rehabilitation in besonderer Weise aus.

Die praktische Anwendung des ICF, sowie die geschilderte vielseitige Sichtweise von Abhängigkeit unter Berücksichtigung allgemeiner und besonderer Faktoren ermöglicht eine umfassende Therapieplanung und –durchführung. Dadurch lassen sich die übergeordneten Ziele der Rehabilitation „Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit“, sowie „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ in eine für den einzelnen Rehabilitanden aus seiner Sicht passgenaue besondere Zielsetzung transformieren.

4.1.3 Adaption als abschließende Phase der stationären medizinischen Rehabilitation

Unter alltagsnäheren Bedingungen, aber gleichzeitig noch in einem stationären und geschützten Rahmen haben die Rehabilitanden in der Adaptionphase die Möglichkeit, während der Kerntherapie erworbene oder wieder entdeckte Kompetenzen auf- und auszubauen. Schwerpunkt ist die Vorbereitung drogenfreier naher und ferner Zukunft, wozu neben der beruflichen und sozialen Rehabilitation vor allem auch die (Wieder-)Entdeckung von Lebensfreude gehört.

Nachdem sich in der Entwicklung der Entwöhnungsbehandlung die Therapiezeiten – auch aus Kostengründen – stark verkürzt haben, wurde die Notwendigkeit den „Übergang in Selbständigkeit und Alltagsrealität zu erleichtern“ immer deutlicher und es wurde „die Phase der Außenorientierung als Adaption in die medizinische Rehabilitation“ integriert (Kulick 1996, S. 122). Zumal die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit das primäre Ziel der Therapie darstellt, hat sich die Adaption insbesondere als Phase zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung und als Ort „wohntnahe Behandlung“ etabliert (ebd., S. 126).

Im Sinne des § 15 SGB VI ist Adaption Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Zur Sicherung des Behandlungserfolges ist Adaption im Übrigen „in jeder therapeutischen Behandlung“ vorzusehen (FDR 1997, S. 67; vgl.: Brömer 1996). Dabei bestehen inhaltlich fachliche Überschneidungen mit Nachsorgeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (vgl.: DHS 2001). Zugleich sind aber auch „die Übergänge von der medizinischen zur sozialen Rehabilitation ... häufig fließend“ (Verstege 2001, S. 31).

In Form der Hilfe zur Selbsthilfe ist es die primäre Aufgabe der Adaption, das eigentliche Ziel jeder Therapie – nämlich die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit – konkret und praktisch umzusetzen. Zugleich besteht erheblicher Therapiebedarf: „Die in Folge der verkürzten Fachklinischen Behandlungszeiten nur angerissenen Themen können in der Adaptionbehandlungsphase nicht ignoriert werden, sondern gesellen sich wie von selbst zu den adaptionsspezifischen Themen hinzu“ (Braun 2001, S. 62).

Trotz häufig erwähnter begrifflicher Verwirrungen und Überschneidungen – etwa zwischen SGB V / VI und Bundessozialhilfegesetz – wird in sämtlichen relevanten Verfahrensabsprachen und im Rahmenkonzept Adaption, mit dem spezifischen Auftrag der Öffnung nach Außen, als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation betrachtet (vgl.: Gerken, Müller & Wimmer 2011, Bd. II, S. 11.15).

4.1.4 Stabilisierungstherapie

Ein Rückfall in den ersten Wochen oder Monaten nach der (regulären oder nicht regulären) Entlassung aus stationären Therapieeinrichtungen tritt häufig auf, nachdem „die gesamte Lebenssituation der Person in ein Ungleichgewicht geraten ist“ (Sonntag & Tretter 2001, S. 352). Gerade bei zeitlich naher Therapievorerfahrung sind die sozialen Fähigkeiten und Bewältigungsressourcen nach einem sich wieder zur Abhängigkeit manifestierenden Rückfall häufig so ausreichend vorhanden, dass in vielen Fällen eine kurze Auffangtherapie, möglicherweise mit anschließender Nachsorge, ausreicht (vgl.: Alves & Evers 2002).

Zumindest in der traditionellen Suchttherapie werden Rückfälle während und nach der Therapie häufig auf Unfähigkeit oder mangelnde Motivation zurückgeführt. Gerade die klassische Langzeittherapie forderte hier meist ein „Zurück auf Start“ als Antwort und Beginn eines neuen Heilungsversuchs (vgl.: Küfner, Denis & Roch 1994). Dieser wohl mehr moralisierende als therapeutische Ansatz der klassischen Therapie wird wohl heute kaum noch ernsthaft geäußert, wenngleich diese Vorstellungen vermutlich nach wie vor noch im Rahmen der stationären Drogentherapie virulent sind – und in der Praxis nicht selten Normalität.

Die Idee einer Stabilisierungstherapie begründet sich auf allen Forderungen nach individuellen Angeboten. Dabei gilt es die oben genannten vorhandenen Bewältigungsressourcen so ausreichend zu aktivieren und zugleich die Herausnahme aus der Alltagsrealität nur in eingeschränktem Umfang zu steuern, wie es im Rahmen einer kurzen

Krisenintervention notwendig und im Rahmen einer Adaptionseinrichtung möglich ist. Mit dieser Form der Krisenintervention soll verhindert werden, dass die wiedergewonnene Abstinenz und Stabilität wiederum primär nur innerhalb der stationären Strukturen greift, ohne eine in der Lebensrealität nachhaltige Wirkung zu erhalten. Schließlich sollte zur Suchttherapie „... die frühe Exposition mit Alltagsanforderungen, bei deren Bewältigung der Patient bisher Suchtmittel konsumiert hat“ gehören (Kunze 2009, S. 67).

4.2 Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen

Indikationen für die Adaption:

- Drogenabhängigkeit, Polytoxikomanie und / oder Alkoholabhängigkeit im Sinne des ICD 10 F 10 – 19
- Regulär abgeschlossene stationäre medizinische Rehabilitation als „Kerntherapie“ mit nahtlosem Übergang
- Die Adaption ist besonders indiziert bei fehlender beruflicher und sozialer Zukunftsperspektive und bei verringerten Chancen auf nachhaltige Sicherung der Erwerbsfähigkeit auf Grund erhöhter Rückfallgefahr

Aufnahmevoraussetzungen für die Adaption:

- Schriftliche Anmeldung mit Anmeldebogen
- Mindestens mündliche Kostenzusage
- Nahtloser Übergang nach regulär abgeschlossener „Kerntherapie“
- Eine persönliche Vorstellung ist nicht erforderlich – Auf Wunsch kann aber ein persönliches Informationsgespräch oder ein Probewohnen durchgeführt werden

Indikationen für die Stabilisierungstherapie:

- Drogenabhängigkeit, Polytoxikomanie und / oder Alkoholabhängigkeit im Sinne des ICD 10 F 10 – 19
- Therapievorerfahrung
- Fähigkeit und Motivation während stationärer Therapie die Alltagsstruktur in Teilen selbstständig zu gestalten

Aufnahmevoraussetzungen für die Stabilisierungstherapie:

- Vermittlung durch eine Beratungsstelle, die die Art der Therapie als geeignet empfiehlt
- Schriftliche Anmeldung mit Anmeldebogen
- Mindestens mündliche Kostenzusage
- Eine persönliche Vorstellung ist nicht erforderlich – Auf Wunsch kann aber ein persönliches Informationsgespräch durchgeführt werden

Kontraindikationen:

- Akute Suizidgefahr
- Manifeste, akute psychotische Erkrankungen
- Begleitende psychische Erkrankungen, die so massiv sind, dass eine über die übliche Medikation hinausgehende gesonderte Behandlung notwendig ist und die aktive und selbstverantwortliche Teilnahme am Behandlungsprogramm nicht möglich ist
- Eine mögliche Kontraindikation orientiert sich nicht an der Diagnose, sondern an der Ausprägung der Krankheit

4.3 Rehabilitationsziele

Grundsätzlich ist für die Formulierung der Rehabilitationsziele die individuelle Sichtweise des einzelnen Rehabilitanden maßgebend. Letztlich sind in Anwendung des ICF keine allgemeingültigen, sondern nur auf den Kontext des Einzelnen hin ausgerichtete Ziele formulierbar. Obwohl gerade Gruppenangebote vielfach auf eine möglichst breite Basis von Rehabilitanden hin ausgerichtet sind, orientiert sich die Therapie vor allem an diesen individuellen Zielsetzungen, wodurch im Übrigen die Behandlung unterschiedlicher Abhängigkeitsformen und -bedingungen möglich wird.

Das übergeordnete Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die gesetzlich verordnete **Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit** bzw. die **Vorbeugung von Erwerbsunfähigkeit** (§ 9 SGB VI). Im erweiterten Sinn beinhaltet dies die **Ermöglichung zur Teilhabe** am beruflichen Leben und der Gemeinschaft, sowie der Durchführung auch alltäglicher Aktivitäten.

Allgemeine Behandlungsziele sind somit zunächst:

- Die Behebung bzw. Verminderung der körperlichen und/oder psychischen Störung
- Die Wiederherstellung von (Abstinenz)fähigkeiten und Lebensfreude unter Einbeziehung von Ressourcen
- Die Kompensation (Erlernen von Ersatzstrategien)
- Die Krankheitsverarbeitung und Verarbeitung der Krankheitsfolgen
- Die möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft

Im Einzelnen können Rehabilitationsziele hier jeweils nur beispielhaft angegeben werden:

a) Behandlungsziele im Bereich der Körperfunktionen und –strukturen:

Hierzu zählen Ziele wie etwa die Steigerung körperlicher Leistungsfähigkeit, die Antriebssteigerung, emotionale Stabilisierung, die Erweiterung psychischer Belastbarkeit, die Entwicklung von Abstinenzmotivation und Veränderungsbereitschaft oder die Erweiterung der Konflikt- und Krisenbewältigungskompetenzen.

b) Behandlungsziele im Bereich der Aktivität und Teilhabe:

Hierzu zählen Ziele wie etwa die Verbesserung der Interaktionsfähigkeit, der Aufbau sozialer Beziehungen bzw. die Stabilisierung vorhandener Beziehungen, die Erarbeitung beruflicher und sozialer Zukunftsperspektiven für ein zufriedenes und selbstbestimmtes Leben, einschließlich dem konkreten Erhalt eines bzw. die Rückkehr an den Arbeitsplatz usw.

c) Behandlungsziele im Bereich der Umweltfaktoren

Diese Behandlungsziele überschneiden sich in der Praxis sehr mit den vorher genannten. Unter Umweltfaktoren sind etwa die Einbeziehung von Angehörigen in den Therapieprozess zu verstehen oder auch die Berücksichtigung der möglichen Sozialräume: Hier können vorher genannte Zielsetzungen konkretisiert werden, etwa bei der Frage nach den Bedingungen für einen künftigen Wohnort, oder bei der Frage nach der Möglichkeit vorhandene soziale Ressourcen zu aktivieren.

d) Behandlungsziele im Bereich der personenbezogenen Kontextfaktoren

Auch aus diesem Bereich können Behandlungsziele nur indirekt bzw. ergänzend abgeleitet werden, etwa bei der Frage nach vorhandenen oder erwünschten Lebensstilen und Einstellungen, nach Sinn- und Wertvorstellungen.

Die Rehabilitationsziele werden in unserer Einrichtung grundsätzlich so konkret wie möglich mit dem einzelnen Rehabilitanden formuliert. Damit wird ein grundsätzliches Postulat befolgt: Sowohl das Ausmaß der jeweiligen Beeinträchtigung, als auch das Ausmaß der Zieldefinition kann nur aus der subjektiven Perspektive des Rehabilitanden erfolgen.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Regelbehandlungsdauer beträgt für die Adaption 2 – 3 Monate und für die Stabilisierungstherapie 8 – 13 Wochen.

Eine Verlängerung oder Verkürzung der Behandlungsdauer ist möglich. Die Überprüfung einer möglichen Änderung der Behandlungsdauer findet in den Zwischenbilanzgesprächen, sowie in einem Bilanzgespräch vor Therapieende statt. Eine Änderung der Behandlungszeiten wird grundsätzlich nur mit Einverständnis oder auf Wunsch des Rehabilitanden durchgeführt.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Die Rehabilitationsplanung beginnt mit der Erhebung von anamnestischen Daten, Fähigkeiten, Ressourcen und individuell als Mangel empfundenen Einschränkungen auf der Basis der vom ICF vorgegebenen Bereiche der Funktionsfähigkeit unter Einbeziehung der Kontextfaktoren. Dabei werden grundsätzlich alle erhobenen Befunde mit dem Rehabilitanden besprochen, sowie die jeweils spezifische Erwartung an die durchgeführte Therapie erfragt. Außerdem werden die – insbesondere bei Rehabilitanden der Adaption vorhandenen Vorbefunde – einbezogen.

In der Praxis gibt es hier deutliche Unterschiede die sich zwischen den beiden Extremen „Erwartungshaltung: Clean werden“ einerseits und andererseits eine sehr differenzierte und aussagekräftige Auftragsformulierung durch den Rehabilitanden bewegen. Sofern notwendig werden dem Rehabilitanden auch unter Einbezug der Mitrehabilitanden Möglichkeiten und Grenzen, sowie Grundprinzipien der Therapie erläutert, um eine differenziertere Auftragsformulierung zu ermöglichen. Zudem werden im Rahmen des Abschlusses eines Behandlungsvertrags die allgemeinen Therapieziele, wie etwa das Bemühen um berufliche Wiedereingliederung, oder die Abstinenz als Therapieziel, vereinbart.

Die konkrete Planung der Rehabilitation wird im Rahmen eines Zielsetzungsgesprächs im Laufe der ersten Therapiewoche durchgeführt. Dabei werden gemeinsam mit dem

Rehabilitanden auf der Basis der bisherigen Erfahrungen erreichbare und praxisingerechte Ziele formuliert, wobei langfristige, weit über den Zeitraum der Therapie hinaus gehende, Ziele – als solche kenntlich gemacht – berücksichtigt werden.

Bei der Zielformulierung gelten drei Grundsätze:

a) Die Formulierung der Zielsetzung erfolgt „in der Sprache des Rehabilitanden“. Mögliche „Übersetzungen“ und Anpassungen – etwa an die fachlichen Zielsetzungsformulierung oder an die Zielsetzungsvorgaben der einschlägigen Rahmenkonzeptionen von Kostenträgern – werden dem Rehabilitanden erläutert und mit ihm abgestimmt.

b) Neben übergeordneten Zielen (etwa Abstinenz als Ziel oder berufliche Wiedereingliederung) haben ausschließlich mit dem Rehabilitanden vereinbarte Ziele Gültigkeit. Eine als individuell behauptete Formulierung von einer – für viele Rehabilitanden häufig gar nicht verständlichen –Vielzahl, das gesamte Spektrum aller Möglichkeiten beinhaltenden Zielsetzungen unterbleibt.

c) Die Zielsetzungen müssen innerhalb der therapeutischen Möglichkeiten und des Rahmens erreichbar sein: Somit wird verhindert, dass einerseits allgemeine Ziele – wie etwa „soziale Wiedereingliederung“ – zu einer falschen Erwartungshaltung führen, so als könnte am Ende der Therapie dieser Prozess abschließbar sein. Zum Anderen wird verhindert, dass Ziele, die mit dem therapeutisch Möglichen innerhalb einer Einrichtung und innerhalb einer gewissen Zeit schwer zu vereinbaren sind, die aber für den Rehabilitanden gleichwohl wichtig sein können, sinnlos stehen bleiben – so etwa bei der häufig von Rehabilitanden formulierten Zielsetzung „Freundin finden und eine Familie gründen“.

Im Rahmen des Zielsetzungsgesprächs werden zugleich die vorhandenen Möglichkeiten zur „Selbsthilfe“, die Möglichkeiten zur Einbeziehung sozialer Kontakte, sowie die notwendigen therapeutischen und beraterischen Interventionen im Sinne einer Auftragsklärung besprochen. Dabei verstehen wir das Zielsetzungsgespräch zugleich auch als Beratungsgespräch, durch das Rehabilitanden motiviert werden, ihre Therapieziele im Sinne der oben genannten Rehabilitationsziele möglichst umfassend und vielschichtig zu formulieren. Es gilt zwar einerseits der Grundsatz der „Erreichbarkeit“, zugleich sollen die Ziele aber auch dem Umfang und der Intensität einer stationären Maßnahme im Hinblick auf nachhaltige Fähigkeiten zur abstinenter und eigenverantwortlichen Lebensführung gerecht werden.

Nach der Zielformulierung wird der Rehabilitand im Rahmen der wöchentlich durchgeführten Fallbesprechung im multiprofessionellen Team vorgestellt und die konkreten therapeutischen Interventionen werden besprochen und im Anschluss dem Rehabilitanden erläutert. Dabei werden die vom Rehabilitanden schriftlich formulierten „Wochenpläne“ auf die allgemeinen Ziele hin überprüft und Interventionen ggf. angepasst. Dabei gilt ein weiterer Grundsatz:

d) Sofern nicht den übergeordneten Zielen bzw. den Rahmenbedingungen der Einrichtung entgegenwirkend, werden alle therapeutischen Interventionen nur in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden geplant und durchgeführt.

An dieser Stelle halten wir es für unsere therapeutische Aufgabe alle Interventionen auf die gemeinsam vereinbarten Zielsetzungen hin auszurichten, aber auch den Rehabilitanden darin zu motivieren und ggf. zu korrigieren, dass sein Tun sich daran ausrichtet. In der Regel werden in diesem dialogischen Prozess Ziele zunehmend verfeinert und korrigiert, sowie die

Zielsetzung an die zunehmenden Erkenntnisse der Rehabilitanden um die komplexen Zusammenhänge unterschiedlicher Bereiche angepasst.

Die weitere Rehabilitationsplanung wird im Rahmen der Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team, im Rahmen der Einzelgespräche und Beratungsgespräche, sowie im Rahmen eines Zwischenbilanzgesprächs mit dem Rehabilitanden im Einzelgespräch und in der Gruppe durchgeführt. Dadurch werden zudem auch Anpassungen und Änderungen im Behandlungsplan rechtzeitig möglich.

Die Basis für individuelle Rehabilitationsgestaltung bilden die Wochenpläne für Adaption und Stabilisierungstherapie (siehe Anhang). Vor allem mit zunehmender Therapiedauer kann die zeitliche Gestaltung der Therapie den jeweiligen Bedürfnissen des einzelnen Rehabilitanden angepasst werden. So ist es jedem Rehabilitanden in jedem Fall möglich, sowohl die grundlegenden Einzel-, Gruppen- und Beratungsangebote der Einrichtung zu nutzen und zugleich ausreichend Zeit zu haben für die Zukunftsvorbereitung, z. B. die Arbeitssuche, Wohnungssuche, Gestaltung sozialer bzw. familiärer Beziehungen, Aufbau stabiler Freizeitgestaltung etwa als fester Termin in Vereinen, oder auch den Besuch von Nachsorge- und Selbsthilfegruppen. Bei der individuellen Gestaltung des Wochenplans legen wir besonderen Wert darauf, dass wir die Rehabilitanden in einer bewussten und reflektierten, selbstverantwortlichen Alltags- und Therapiegestaltung begleiten. Damit kann der Auftrag als Adaptionseinrichtung und außenorientierte Therapieeinrichtung erfüllt werden, die Anpassung und Gestaltung der Therapie orientiert sich so an den Rehabilitanden und nicht umgekehrt.

Die Überprüfung des Therapieerfolgs findet im Übrigen zum Ende der Therapie wiederum in Einzelgesprächen, sowie in der Gruppe statt. Dabei gilt ein letzter Grundsatz, der – auf Grund der im Rahmen einer Adaption oder Stabilisierungstherapie zu erwartenden Vorkenntnisse des Rehabilitanden – in der Regel bereits zu Beginn der Therapie mit der Formulierung der Zielsetzung bedeutend ist.

e) Die Therapieplanung beinhaltet grundsätzlich auch die Möglichkeiten und Notwendigkeiten zu einer Anschlussbehandlung etwa im Sinne von ambulanter Rehabilitation oder dem Anschluss an eine Selbsthilfegruppe.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm der Einrichtung besteht aus drei Hauptprozessen: Der Aufnahmephase, der Durchführung der Therapie und der Entlassung mit Weitervermittlung.

a) Die **Aufnahmephase** wird vor allem als Motivierungsphase und Phase der individuellen Therapieplanung auf der Basis der Anamneseerhebungen und der individuell vereinbarten Zielsetzungen verstanden. Hier wird zu Beginn der Therapie ein Behandlungsvertrag geschlossen, der die Einhaltung der Kardinalregeln (keine Suchtmittel, keine Gewalt, aktive Mitarbeit und Respektvoller Umgang, sowie Einhaltung der Ausgangsregelungen), die Einhaltung der Rahmenbedingungen und der Hausordnung, sowie des Wochenplans beinhaltet.

Wesentlich für diese Phase ist der Grundsatz eines zuversichtlichen und respektvollen Umgangs mit dem Rehabilitanden. Es wird per se von Therapie- und Abstinenzmotivation ausgegangen, der neue Rehabilitand wird per se als kompetent und fähig wert geschätzt, das „Ankommen“ und die Aufnahme der Therapie wird als mutiger Schritt verstanden. Auf eine

in Therapieeinrichtung häufig vorzufindende abwartende Haltung, die dem Rehabilitanden vermittelt, er müsse sich Vertrauen in der Gruppe und von Therapeuten erst durch seine Handlungen „verdienen“, wird bewusst verzichtet.

Die Regelungen (etwa Ausgangsregelungen) sind für die Rehabilitanden der Adaption somit durchgängig die Selben. Eine phasenhafte Erweiterung von „Vergünstigungen“ entfällt.

Für Rehabilitanden der Stabilisierungstherapie werden zum Schutz des Einzelnen in der ersten Therapiewoche die Möglichkeiten zur Außenorientierung noch eingeschränkt. Im weiteren Verlauf orientieren sich die Regelungen dagegen an denen der Adaption, wobei sie gemeinsam mit dem einzelnen Rehabilitanden auf der Basis seiner Erfahrungen und Befürchtungen im therapeutischen Gespräch vereinbart werden.

Die Aufnahmephase dient auch dem Ankommen und dem Kennen lernen der Besonderheiten der Einrichtung, der Mitarbeiter und der einzelnen Angebote einschließlich der Ansprechpartner.

b) **Durchführungsphase:** Hier werden dem Wochenplan entsprechend, sowie den jeweils individuellen Angeboten der Einrichtung entsprechend alle therapeutischen und beraterischen Interventionen durchgeführt.

Das Rehabilitationsprogramm in dieser Phase beinhaltet:

a) Therapeutische Angebote als Einzel- oder Gruppentherapie als Kern der Entwöhnungsbehandlung. Die therapeutischen Angebote werden von Mitarbeitern mit therapeutischer Weiterbildung (kurz: therapeutische Mitarbeiter), sowie von Mitarbeitern der Sozialpädagogik (kurz: sozialpädagogische Mitarbeiter) unter Anleitung übernommen. Die einzeltherapeutische Betreuung von Rehabilitanden der Stabilisierungstherapie wird ausschließlich von therapeutischen Mitarbeitern durchgeführt.

b) Indikative Angebote als themenzentrierte Gruppen und als auf die jeweiligen Besonderheiten der je aktuellen Rehabilitandengruppe hin ausgerichtete Intervention. Diese werden von therapeutischen und/oder sozialpädagogischen Mitarbeitern durchgeführt.

c) Angehörigenbezogene Interventionen als Beratungsgespräche werden von therapeutischen und/oder sozialpädagogischen Mitarbeitern, sowie als Paar- und Familientherapie von therapeutischen Mitarbeitern, insbesondere familientherapeutisch ausgebildeten Mitarbeitern übernommen.

d) Arbeitsbezogene Leistungen, die sowohl als Beratungsangebot, als auch als konkrete Begleitung bei Arbeitsbelastungserprobungen und Beginn beruflicher Tätigkeit, sowie als Begleitung innerhalb der lebenspraktischen Alltagsgestaltung als arbeitstherapeutische Maßnahme durchgeführt werden. Dieser Bereich wird von sozialpädagogischen Mitarbeitern, sowie von einem handwerklich ausgebildeten Mitarbeiter übernommen.

e) Unterstützungsangebote als Entspannungsübung, sportliche Angebote, sowie Freizeitangebote.

f) Alltagsbegleitung im Rahmen der Selbstversorgung der Wohngruppen. Jeder Wohngruppe ist ein sozialpädagogischer Mitarbeiter zugeordnet. Hier werden vor allem Themen wie „Selbstversorgung im Alltag“, „Tagesstrukturierung“, „gesunde Ernährung“, „Soziale Beziehungen in der Gruppe“ etc. angesprochen, wobei ein situationsbezogenes Aufgreifen in Gruppen, oder in spezifischen Informationsgruppen möglich ist.

g) Sozial- und Schuldnerberatung, die – als Beratung und Unterstützung bei der Wohnungssuche, bei der wirtschaftlichen Sicherung, bei der Klärung rechtlicher Fragen und als Schuldnerberatung – von sozialpädagogischen Mitarbeitern durchgeführt wird.

Alle Angebote werden grundsätzlich in enger Kooperation zwischen den beteiligten Fachgruppen durchgeführt.

c) **Entlassphase:** In dieser Phase werden die Therapieziele überprüft und konkrete Schritte für eine (bereits während der Durchführungsphase thematisierte) nachsorgende Weiterbehandlung unternommen. Die Phase dient der abschließenden Therapiereflexion und Vorbereitung auf mögliche Gefahren im Anschluss an die Therapie.

Zur Vorbeugung vor einer möglicherweise notwendigen erneuten Behandlungsaufnahme wird jedem Rehabilitanden die Möglichkeit angeboten, sich auch nach Behandlungsende an die Mitarbeiter der Einrichtung zu wenden.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Das Aufnahmeverfahren ist in einem dem Standard des QMS-Reha entsprechenden Qualitätsmanagementprozess dargestellt. Für das Aufnahmeverfahren wird ein Mitarbeiter als so genannter Prozessverantwortlicher beauftragt. Das Verfahren wird in regelmäßigen internen Audits überprüft und entsprechend angepasst.

Die Aufnahme erfolgt über einen im Team jeweils benannten Mitarbeiter, der den Rehabilitanden in Empfang nimmt bzw. entsprechende Maßnahmen (z. B. Abholen am Bahnhof, von der Entgiftung) einleitet und mit dem Rehabilitanden direkt kommuniziert. Das Ziel des Empfangs ist der Abbau von möglichen Ängsten und Hemmungen des Rehabilitanden und die Ermöglichung von Zuversicht und Vertrauen in die Einrichtung.

Der benannte Mitarbeiter führt mit dem Rehabilitanden in den ersten Stunden nach der Aufnahme, in jedem Fall noch am Aufnahmetag ein Aufnahmegespräch mit der Aufklärung über den Therapieablauf, die Alltagsstruktur, das Sicherheits- und Notfallsystem und die Einrichtung. Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, sich dem Rehabilitanden am Aufnahmetag persönlich vorzustellen und die jeweils eigene Funktion innerhalb des Teams zu erläutern.

Ein benannter älterer Mitrehabilitand unterstützt den neuen Rehabilitanden am Aufnahmetag und in den folgenden Tagen als „Pate“. Dieser steht dem Rehabilitanden neben dem Team hauptsächlich für Fragen zur Verfügung, zeigt diesem die Einrichtung und bereitet das Zimmer wohnbereit vor.

Spätestens am Tag nach der Aufnahme erfolgt ein Verwaltungsaufnahmegespräch mit der Nacherhebung erforderlicher Daten.

Möglichst am Aufnahmetag, spätestens innerhalb von drei Tagen nach Aufnahme wird eine medizinische Aufnahmeuntersuchung durchgeführt. Sofern von der Einweisung medizinische Begleitdiagnosen (Komorbidität) bekannt sind, wird die Vorstellung beim Arzt am Aufnahmetag gewährleistet.

Am Aufnahmetag wird der Rehabilitand in der Therapiegroßgruppe vorgestellt.

Ein therapeutisches Aufnahmegespräch (Anamnese) findet spätestens innerhalb von drei Tagen nach der Aufnahme statt. Hier werden außerdem Hilfestellungen für die Formulierung

der eigenen Therapieziele gegeben. Ein Zielsetzungsgespräch findet spätestens innerhalb einer Woche nach Aufnahme statt.

Ein Grundsatz der Einrichtung für das Aufnahmeverfahren ist – im Sinne einer ressourcenorientierten und positiv konnotierenden Grundeinstellung – die positive Aufnahme und die A-Priori-Behandlung des Rehabilitanden „auf Augenhöhe“ als motiviert, fähig, erwachsen und bereits auf Grund des Therapiebeginns etwas „Leistenden“.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Zu Beginn der Therapie wird in einem oder bei Bedarf mehreren ausführlichen Anamnesegesprächen die Suchtdiagnostik, die soziale und forensische Diagnostik, sowie die biographische und Familiendiagnostik erstellt. Hierzu zählt auch die Diagnostik von Ressourcen und Förderfaktoren.

In der medizinischen Eingangsuntersuchung wird die somatische und psychische-
psychiatrische Diagnostik erhoben.

Bei Bedarf stehen verschieden testpsychologische Untersuchungsverfahren zur Verfügung (z. B. BDI, Intelligenztests etc.).

Im Rahmen der Berufsberatung wird eine arbeitsbezogene Diagnostik durchgeführt.

Außerdem wird die Diagnostik durch die Kontaktaufnahme mit Vorbehandlern überprüft bzw. ergänzt. Bei Rehabilitanden der Adaption kann außerdem auf die von den zuweisenden Therapieeinrichtungen eingeforderten Vorbefunde (Entlassbericht, medizinische Unterlagen usw.) zurück gegriffen werden.

Die Diagnoseerhebung wird ergänzt durch die Vorstellung des Rehabilitanden durch den jeweiligen Bezugstherapeuten im multiprofessionellen Team. Durch regelmäßige Fallbesprechungen werden die Befunderhebungen und die jeweils eingeleiteten Interventionen hier hinterfragt und ggf. angepasst. Unter Einbeziehung der verschiedenen Professionen wird auf dieser Grundlage der psychodynamische Befund erhoben, auf den sich die therapeutischen Interventionen begründen. Ein Grundsatz ist dabei, dass alle Interventionen und Diagnosen dem Rehabilitanden erläutert werden bzw. mit diesem in enger kooperativer Zusammenarbeit abgesprochen werden.

Dabei gilt der Grundsatz des ICF, wonach die jeweiligen Beeinträchtigungen und daraus abgeleitete Veränderungsimpulse grundsätzlich nicht objektiv von Außen, sondern nur subjektiv aus der Perspektive des Rehabilitanden selbst ableitbar sind.

4.7.3 Medizinische Therapie

Die fachärztliche Leitung der Einrichtung wird von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einem Arzt für Allgemeinmedizin mit Suchtmedizinischer und begonnener psychotherapeutischer Weiterbildung übernommen.

Die konkret übernommenen Aufgaben der ärztlichen Leiter sind klar vereinbart und werden in konkreter und direkter Absprache untereinander durchgeführt:

a) Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:

- Wöchentliche psychiatrische Visite

- Ggf. Einleitung psychiatrischer ambulanter oder stationärer Konsiliarbehandlung
- Einleitung der psychopharmakologischen Medikation
- Einleitung und Durchführung psychiatrischer Maßnahmen
- Konsiliarbereitschaft bei psychiatrischen Notfällen (z. B. psychotische Erkrankungen, therapeutisch schwer behandelbare Depressionen etc.)
- Jährliche stichprobenweise Überprüfung des Berichtswesens nach den Peer-Review-Kriterien

Teilnahme an Fallbesprechungen bei Bedarf in Einzelfällen

- Überwachung aufsichtsbehördlicher medizinischer Anordnungen, sowie der Einhaltung der Hygienevorschriften

b) Arzt für Allgemeinmedizin mit Suchtmedizinischer und angefangener psychotherapeutischer Weiterbildung:

- Aufnahme- und Entlassuntersuchung
- Erstellen der klinischen Anamnese und der medizinischen Aufnahme- und Entlassbefunde
- Erstellen der Rehabilitationsdiagnosen in Kooperation mit den therapeutischen Mitarbeitern der Einrichtung ggf. unter Einbeziehung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie
- Wöchentliche Visite
- Überwachung und Einleitung der pharmakologischen und (in Absprache mit dem Facharzt für Psychiatrie) psychopharmakologischen Behandlung
- Wöchentliche Teilnahme an Fallbesprechungen
- 24Stunden-Notfallrufbereitschaft in Krisensituationen
- Ggf. Einleitung weiterer, auch notfallmedizinischer Maßnahmen (etwa zur psychiatrischen Konsiliaruntersuchung und –behandlung)
- Verantwortliche Mitarbeit bei Anträgen auf Verlängerung und/oder Nachsorgeleistungen
- Mithilfe bei der Einleitung von weiterführenden Maßnahmen insbesondere bei nicht regulären Abschlüssen

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Die therapeutische Arbeit von Kompass Direkt ist – unter Einbeziehung der multiprofessionellen Kompetenzen aller beteiligten Akteure – weitgehend eklektisch geprägt. Die Therapie basiert auf den für die Psychotherapie im Allgemeinen und für die Psychotherapie von Suchterkrankungen im Besonderen anerkannten Therapieschulen der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie – unter Einbeziehung von Ideen der Psychoanalyse. Einzelgespräche und Gruppen werden primär auf der Grundlage der von diesen Therapieschulen sich ableitenden Manuale, Diagnoseinstrumente und Methoden unter Einbeziehung von Methoden der humanistischen Psychotherapien, sowie allgemein sozialpädagogischen und soziotherapeutischen Ansätzen und Ideen geplant und durchgeführt.

Eine Grundlage der psychotherapeutischen Arbeit innerhalb der stationären Einrichtung bildet das Wissen darum, dass die Wirkfaktoren stationärer Therapie nur zu einem geringen Teil in dem zu finden sind, was allgemein darunter verstanden wird, sondern häufig gerade in den Bereichen, die – von Professionellen Mitarbeitern, wie von Rehabilitanden gleichermaßen – nicht als „Therapie“ verstanden werden zu finden sind. "Psychotherapie und Medizin machen nur einen kleinen Teil des Handelns in psychiatrischen Einrichtungen aus; wesentliche Teile der Begegnung sind nicht im engeren Sinne therapeutisch sondern 'normal'" (Dörner & Plog 1996).

Im Rahmen einer stationären Gruppentherapie nimmt die Gemeinschaft als Vehikel für persönliches Wachstum im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft eine bedeutende Funktion ein (vgl.: Yablonski 1990). Dabei erhält die Gemeinschaft innerhalb von Kompass Direkt allein die Funktion eine schamfreie Offenheit auf Grund gleicher oder ähnlicher Lebensschicksale zu ermöglichen. Die verhaltensregulierende oder gar überwachende Funktion der Gemeinschaft, mit allen bekannten therapeutisch gewollten oder nicht gewollten Hierarchie- und Initiationselementen, wird dabei explizit nicht als therapeutisches Interventionsmittel genutzt. Insofern treten die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft in den Hintergrund gegenüber der Möglichkeit individueller Therapiegestaltung.

Bei den psychotherapeutisch ausgerichteten Interventionen im engeren Sinne sind es wiederum ebenfalls nicht allein die – schulenspezifisch ausgerichteten – Bemühungen selbst, sondern eher allgemein übergeordnete Wirkfaktoren, die den Erfolg bzw. Misserfolg einer Therapie im wesentlichen bedingen. Einen häufig zitierten Ansatz, diese zu kategorisieren liefert Grawe (vgl. 2005; Grawe, Donati & Bernauer 1994):

- a) Die **Therapeutische Beziehung**, d. h. die Qualität der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Rehabilitand
- b) Die **Ressourcenaktivierung**, d. h. die motivationale Bereitschaft und Aktivierung von Fähigkeiten und Interessen der Rehabilitanden
- c) Die **Problemaktualisierung**, d. h. die unmittelbare Erfahrbarkeit der in der Therapie zu verändernden Probleme
- d) Die **Motivationale Klärung**, d. h. die Klärung der Hintergründe und „Ursachen“ der Störung
- e) Die **Problembewältigung**, d. h. die Unterstützung des Rehabilitanden darin, positive Bewältigungserfahrungen zu machen.

Diese allgemeinen Wirkfaktoren bilden für die therapeutische Arbeit bei Kompass Direkt eine wesentliche Basis, aus der heraus sich die therapeutischen Grundhaltungen „Respektvoller Umgang“, „Positive Konnotation“, „Neutral-interessierte Zugewandtheit“, „Wertschätzung“ und „Offenheit“ ableiten. Darüber hinaus ergibt sich daraus auch die für die stationäre Therapie im Besonderen zu erwähnende Notwendigkeit den Therapierahmen so zu gestalten, dass Erfahrungen und Fähigkeiten in der Realität, nicht allein im (künstlich-virtuellen) Übungsfeld Therapie, erlebbar werden.

Die psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne findet in Einzel- und Gruppengesprächen auf der Grundlage eines so genannten **Bezugstherapeutensystems** statt: Zu Beginn der Therapie wird dem Rehabilitanden ein ihn während der gesamten Therapie begleitender therapeutischer Mitarbeiter (bzw. bei Rehabilitanden der Adaption ein sozialpädagogischer Mitarbeiter) zugewiesen. Sofern möglich werden besondere

Notwendigkeiten auf der Grundlage der Indikationskriterien und aus dem Kontakt mit dem Rehabilitanden, dem Zuweiser, sowie möglicherweise vorhandener Berichte bekannten Besonderheiten (Geschlecht, Alter, Krankheitsausprägung usw.) berücksichtigt, so dass der ausgewählte Bezugstherapeut seiner jeweiligen Qualifikation und therapeutischen Ausrichtung entsprechend so passgenau wie möglich gewählt werden kann. Der Bezugstherapeut wird wiederum im Rahmen fester Vertretungsregelungen von einem anderen Therapeuten vertreten. Eine enge Zusammenarbeit der Therapeuten, die jeweils gegenseitig Cotherapeutische Aufgaben im Rahmen von Gruppen übernehmen, ist in jedem Fall gewährleistet.

Über dieses System hinaus hat jeder Rehabilitand die Möglichkeit, alle Mitarbeiter der Einrichtung als Gesprächspartner zu nutzen. Über eine enge und kooperative Teamzusammenarbeit werden Abspaltungen kaum möglich. Zudem ist in begründeten Fällen ein Therapeutenwechsel möglich, sofern dies im Sinne und auf Wunsch des Rehabilitanden geschieht.

Dieser Bereich beinhaltet:

a) **Einzelgespräche:** Einzelgespräche werden in der Regel vom Bezugstherapeuten geführt. Die Einzelgespräche beginnen mit der Erhebung der anamnestischen Daten, insbesondere der biographischen Anamnese, die – mit Ausnahme fachspezifischer besonderer Teile (medizinische Anamnese, Berufsanamnese) – vom Bezugstherapeuten erhoben wird.

Im Rahmen der **Adaption** werden Einzelgespräche bei Bedarf, in der Regel mindestens alle zwei Wochen durchgeführt. Insbesondere bei Kriseninterventionen sind Einzelgespräche mehrmals wöchentlich oder mehrmals täglich möglich. Hier werden vorwiegend auf der Basis bisheriger und aktueller (im Rahmen der Adaption in der Regel realitätsnaher) Erfahrungen mögliche Rückfallgefährdungen, sowie Bewältigungskompetenzen thematisiert und spezifische Verhaltensmuster, sowie nachhaltige, abstinenzorientierte Lebensperspektiven erarbeitet. Bei Rehabilitanden der Adaption nimmt eine aufdeckende Bearbeitung von Motiven und Funktionen der Abhängigkeit eine nachrangige Rolle ein und ist nur insofern von Bedeutung, als durch die realitätsnahe Alltagskonfrontation eine gegenüber der vorhergehenden Therapie erweiterte Thematisierung notwendig erscheint.

Im Rahmen der **Stabilisierungstherapie** werden Einzelgespräche mindestens einmal wöchentlich, bei Krisen auch häufiger, durchgeführt. Hier werden die oben genannten Bereiche in der Regel intensiver und tiefgreifender behandelt. Auf der Basis individueller Vorkenntnisse aus früheren Therapien werden auch die Motive und Funktionen der Abhängigkeitserkrankungen im biographischen Kontext und darauf aufbauend die Entwicklung individueller Problemlösefähigkeiten fokussiert.

Einzelgespräche werden grundsätzlich als 50minütige Gespräche oder als 20minütige Kurzgespräche, im Alltag auch als etwa 15minütige „Tür- und Angelgespräche“ geführt.

b) **Kleingruppe: Stabilisierungstherapie**

Zweimal wöchentlich wird eine verpflichtende Kleingruppe für die Rehabilitanden der Stabilisierungstherapie angeboten. Die Kleingruppe wird in regelmäßigen Abständen von zwei Therapeuten geleitet. Die Leitung der Kleingruppe für Stabilisierungstherapie wird grundsätzlich im Wechsel von therapeutischen Mitarbeitern ausgeübt.

Hier werden auf der Basis der biographischen Besonderheiten eigene Erfahrungen und Einstellungen im gegenwärtigen Handeln, sowie im Lebensverlauf reflektiert. Durch das vertrauensvolle und respektvolle Miteinander innerhalb der Kleingruppe können Selbst- und

Fremdwahrnehmungen in besonderer Weise geäußert und letztlich neue Handlungsstrategien erworben werden.

Häufig werden in der Kleingruppe Themen der Einzeltherapie in anderer bzw. vertiefter Form weiter bearbeitet, bzw. umgekehrt führen Erfahrungen, die sich aus den Äußerungen in der Kleingruppe ergeben, zu einer vertiefteren und intensiveren weiteren Bearbeitung von Themen im Einzelgespräch.

Im weiteren Therapieverlauf können in einer der beiden angebotenen Gruppen auch im engeren Sinne adaptive Themen deutlicher in den Vordergrund rücken.

c) Hausgruppe

Die Hausgruppe findet einmal wöchentlich statt. An ihr nehmen alle Rehabilitanden teil. Sie wird von zwei Mitarbeitern geleitet, wobei in der Regel ein therapeutischer Mitarbeiter die Gruppe leitet.

In diesem größeren Rahmen können allgemeinere, bei Interesse aber auch persönlichere alltags- und zukunftsbezogene Schwierigkeiten und Probleme bearbeitet werden. Schwerpunkt bildet hier die abhängigkeitsbezogene Reflexion eigener Planung, Einstellung, Beziehungsformen und Verhaltensweisen, die im täglichen Zusammenleben deutlich werden. Hier werden primär abstinenzorientierte Bewältigungs- und Handlungskompetenzen bzw. abstinenzgefährdende Handlungsstrategien fokussiert. Die Hausgruppe bietet außerdem die Möglichkeit besondere Vorhaben (wie etwa einen verlängerten Nachtausgang etc.) vor- und nachzubesprechen.

Im Rahmen der Hausgruppe finden im Normalfall auch Vor- und Nachbesprechungen der Heimfahrten, Zwischen- und Endbilanzen der Rehabilitanden statt.

Sofern Rehabilitanden rückfällig geworden sind, wird die ausführliche Rückfallaufarbeitung in der Regel in der ersten oder zweiten Hausgruppe nach dem Rückfall durchgeführt.

d) Themenzentrierte / Psychoedukative Gruppen

Für alle Rehabilitanden verpflichtend werden regelmäßige themenzentrierte Gruppen in den Bereichen „soziales Kompetenztraining“, sowie „Rückfallprophylaxe“ durchgeführt. Ziel ist, dass beide jeweils aus 5 Einheiten bestehenden Gruppen von jedem Rehabilitanden einmal durchgeführt werden. Das Rückfallprophylaxetraining wird über die 5 Stunden hinaus noch um eine exkursive Einheit „Achtsamkeitstraining“ erweitert.

Darüber hinaus werden verschiedene themenzentrierte Gruppen zu den Bereichen „Freizeit“, „Nachsorge“, „selbständige, eigenverantwortliche Lebensgestaltung“, sowie auf die jeweils aktuelle Situation und Besonderheit – im Sinne indikativer Gruppen – hin ausgerichtete Gruppen angeboten. Die Teilnahme ist für Rehabilitanden der Stabilisierungstherapie verpflichtend, Rehabilitanden der Adaption nehmen hier nach Absprache teil.

e) Blitzlicht / Wochenrückblick

An den Werktagen täglich morgens und an den Wochenendtagen jeweils mittags wird ein etwa 30minütiges Blitzlicht durchgeführt. Dies dient zum Einen der individuellen und gemeinsamen Tagesplanung, zum Anderen aber auch als Möglichkeit, individuellen Hilfebedarf – beispielsweise bei einer sich anbahnenden Krise – mitteilen zu können.

Freitags wird eine etwa 1stündige Gruppe „Wochenrückblick“ durchgeführt in dem die spezifischen Wochenziele der Rehabilitanden reflektiert werden, sowie die Planung des Wochenendes durchgeführt wird.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Entsprechend dem übergeordneten Ziel „Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Vorbeugung vor Erwerbsunfähigkeit“ (§ 9 SGB VI) sind arbeitsbezogene Maßnahmen integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Im engeren Sinne ist dies als berufliche Wiedereingliederung konkreter, integraler Bestandteil der Adaption bzw. der in die Stabilisierungstherapie integrierten adaptiven Elemente. In jedem Falle ist daher eine Belastungserprobung im Rahmen eines Praktikums notwendig.

Arbeitsbezogene Maßnahmen beginnen mit der Erhebung der Arbeits- und Berufsanamnese, sowie der im Rahmen der individuellen Zielsetzungen festgelegten jeweils subjektiven Zukunftsvorstellungen und –perspektiven. Auf der Basis der Erkenntnisse über die spezifischen Fähigkeiten und Möglichkeiten werden im Rahmen der hausinternen Berufsberatung die subjektiven Vorstellungen mit den Anforderungs- und Eignungsprofilen, sowie den notwendigen formalen Voraussetzungen verglichen und als berufliche Zukunftsplanung konkretisiert.

Zunächst werden im Rahmen der hausinternen zu übernehmenden Aufgaben Grundarbeitsfähigkeiten, sowie in der Zusammenarbeit innerhalb der Gruppe soziale Grundkompetenzen gefördert bzw. evaluiert. Der mit hohem Maß an Selbstverantwortung innerhalb der Gruppe und der Wohngruppen verbundene Alltag wird hierbei genutzt, um lebenspraktische Fähigkeiten auszubauen. Die Rehabilitanden sind hier in den gesamten Prozess integrierte Mitentscheider im Rahmen von kleineren Teams. Wir legen besonderen Wert auf die Förderung von individuellen Möglichkeiten sich einzubringen. So können beispielsweise handwerkliche oder organisatorische Fähigkeiten ausgebaut und Erfolgserfahrungen gemacht, sowie Wohnen, Wohnraumgestaltung und haushaltsnahe Tätigkeiten als sinnstiftend erfahren werden. Die Begleitung dieser im weiteren Sinne ergotherapeutischen Tätigkeiten wird von zwei jeweils den Wohngruppen zugeordneten Sozialpädagogen, sowie einem handwerklich geschulten Mitarbeiter übernommen.

Im Rahmen der Teilnahme an arbeitsbezogenen Projektgruppen können Arbeitsfähigkeiten je nach individuellem Bedarf weiter ausgebaut werden. Dabei kann vielfach auf die Neigungen der einzelnen Rehabilitanden Rücksicht genommen werden, indem bestimmte Bereiche (etwa Bepflanzungen des Gartenbeets, Versorgung der Pflanzen im Haus, Verschönerungsarbeiten, Hausmeistertätigkeiten etc.) in länger dauernden Projekten mit hoher Verantwortungsübernahme der Rehabilitanden durchgeführt werden. Im Rahmen der Projektgruppen können jeweils an den Bedürfnissen der Rehabilitanden orientiert wechselnde Kreativangebote gemacht werden.

Alle hausinternen Beschäftigungen werden im Rahmen von Einzel- und Gruppengesprächen reflektiert und auf die Erfordernisse eines Arbeitsalltags transferiert. Hier ist – auch durch die vergleichsweise geringe Größe der Einrichtung ermöglicht – eine enge Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Professionen Standard.

Bei Adaptionrehabilitanden ist die Durchführung eines externen Vollzeitbetriebspraktikums als Arbeitsbelastungserprobung im Verlauf der Therapie zwingend. Bei Stabilisierungstherapie-rehabilitanden ist dies zum Ende der Therapie üblich. Dadurch ist es

möglich, die arbeitsbezogenen Maßnahmen so individuell wie möglich zu gestalten. Der Verlauf des Praktikums ist – auch in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Praktikumsstelle – im Rahmen der hausinternen Berufsberatung für die weitere Planung beruflicher Zukunft grundlegend.

Diese konkreten Maßnahmen werden durch ein intensives, aus einem Theorie- und einem Praxisteil bestehenden hausinternen Bewerbungstraining, sowie durch unregelmäßig, sich an den Bedürfnislagen der jeweiligen Rehabilitanden orientierenden Kreativangebote innerhalb der Einrichtung flankiert.

Im Rahmen der Berufsberatung, sowie des reflektierten Praktikums und der hausinternen Belastungserprobungen werden neben dem oben genannten Erwerb von Grundarbeitsfähigkeiten und sozialen Kompetenzen noch weitere konkret berufsbezogene Ziele verfolgt:

- Kennen lernen der möglichen Arbeitsbereiche und Berufsfelder
- Entwicklung realistischer Selbsteinschätzung bezogen auf berufliche Möglichkeiten, einschließlich der jeweiligen Verdienstmöglichkeiten
- Entwicklung einer dauerhaften Arbeitsmotivation

Das nachhaltige Ziel der Therapie ist die kurzfristige Aufnahme beruflicher Tätigkeit oder einer Ausbildung während oder im zeitnahen Anschluss an die Therapie. Darüber hinaus ist es aber auch Ziel, langfristige berufliche Planung einzuleiten. Ansatzpunkt ist dabei die berufliche und schulische Vorbildung, die jeweiligen Interessen und Fähigkeiten, die mit realistischen persönlichen Möglichkeiten und auch Finanzierungswegen in Einklang zu bringen sind.

Längerfristige berufliche Perspektiven unterscheiden sich dabei erheblich:

- Längerfristige Planung einer Tätigkeit als „ungelernte Kraft“, wobei hier häufig die Möglichkeit zur Verbesserung der Arbeitsmarktchancen und Eignung durch kurzfristig angelegte Kurse und den Erwerb von Ausbildungsscheinen besteht.
- Beginn einer Ausbildung oder Umschulung. In seltenen Fällen besteht hier die Möglichkeit, im direkten Anschluss an die medizinische Rehabilitation eine vom Rentenversicherungsträger finanzierte berufliche Rehabilitation einzuleiten. Häufiger ergeben sich Möglichkeiten der Finanzierung durch das Arbeitsamt.
- Beginn einer schulischen Bildungsmaßnahme oder eines auf Schulabschluss vorbereitenden Kurses. Insbesondere für jüngere Rehabilitanden stehen verschiedene Wege offen, einen qualifizierenden Hauptschulabschluss mit verbesserten Möglichkeiten auf einen Ausbildungsplatz oder einen zur Hochschulreife führenden Schulabschluss nachzuholen. Schwieriger ist dies erfahrungsgemäß bei mittlerem Schulabschluss.
- Vielfach besteht auch die Möglichkeit, eventuell begleitet durch Weiterbildungskurse oder „Schnupperpraktika“, einen Wiedereinstieg in die alte berufliche Tätigkeit zu realisieren.

Innerhalb der arbeitsbezogenen Maßnahmen der Einrichtung kann – gerade weil sich das adaptive Angebot nicht auf hausinterne standardisierte Angebote reduziert – also in jedem Fall den individuellen Besonderheiten der jeweiligen Rehabilitanden entsprochen werden.

Sofern notwendig bestehen im Verbund der Kompass Drogenhilfe, sowie im Verbund der Augsburger Lehmbaugesellschaft Möglichkeiten kollegiale Unterstützung von

Ergotherapeuten und Arbeitserziehern in Anspruch zu nehmen, etwa um konkretes Leistungsvermögen zu diagnostizieren.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Der außenorientierten, realitätsbezogenen Konzeption der Einrichtung entsprechend, werden Sport- und Bewegungsangebote innerhalb der Einrichtung nur vereinzelt durchgeführt. Die Planung und Durchführung richtet sich insbesondere an den jeweiligen spezifischen Erfordernissen der Rehabilitanden, wobei durch hausinterne Angebote vor allem Stabilisierungstherapie-Rehabilitanden zu Beginn ihrer Therapie, sowie Rehabilitanden, die aus unterschiedlichen Gründen (noch) nicht ausreichend zur selbständigen, außenorientierten Aktivität fähig sind.

Dadurch können auch für körperlich stark beeinträchtigte Rehabilitanden, die physischen Suchtfolgeerscheinungen reduziert werden.

Für die Durchführung der hausinternen Angebote steht, neben ganztägigen Ausflügen (etwa Bergwanderungen) und individuellen Vereinbarungen mit Einzelnen, eine eher freizeitbezogene „Projektgruppe“ zur Verfügung. Die geringe Größe der Einrichtung erlaubt aber auch weitere individuelle Vereinbarungen mit den jeweils interessierten Rehabilitanden.

Darüber hinaus werden im Rahmen der Zielsetzungen, sowie der von jedem Rehabilitanden zu erstellenden Wochenplanung selbständige Sport- und Bewegungsaktivitäten (z. B. Anschluss an einen Verein etc.) ermöglicht und gefördert. Im Rahmen der therapeutischen Einzel- und Gruppengespräche werden diese Aktivitäten auf die konkreten Therapieziele und Zukunftsperspektiven hin reflektiert.

Neben der Möglichkeit zur Nutzung einer hauseigenen Sauna, werden außerdem in unregelmäßigen Abständen Entspannungsgruppen angeboten.

4.7.7 Freizeitangebote

Die Gestaltung einer sinnvollen Freizeit birgt in besonderer Weise die Chance zur (Wieder)erlangung von Lebensfreude und Sinnstiftung. Zumal Freizeit sehr häufig auch mit dem Aufbau tragfähiger sozialer Beziehungen und der Überwindung von Einsamkeit zusammenhängt, wird so erst die Teilhabe an der Gemeinschaft ermöglicht.

In diesem Sinne wird Freizeit nicht als „freie Zeit nach der Therapie“, sondern als integraler Bestandteil der Therapie verstanden. Dabei reduzieren sich auch hier die hauseigenen Angebote, um – auch außenorientierte – individuelle Freizeitgestaltung zu ermöglichen. „Freizeit“ ist somit vor allem in jedem Fall „Thema“ im Rahmen der Therapieplanung und der Therapiereflexion.

Dabei definiert sich „sinnvolle“ Freizeit nicht objektiv, sondern jeweils subjektiv. Nur in einer außenorientierten Therapieform kann u. E. eine nachhaltige und (dem rehabilitandenspezifischen Wertesystem entsprechend) sinnvolle Freizeitgestaltung, können tragfähige soziale Beziehungen, kann die Teilhabe in der Gemeinschaft praktisch, nicht virtuell, verfolgt werden.

Im Wesentlichen werden Freizeitangebote innerhalb der Einrichtung nicht gesteuert, sondern es wird vielmehr großer Wert auf eine selbständige Freizeitgestaltung gelegt.

Dadurch wird es dem einzelnen Rehabilitanden möglich Eigenverantwortung für ein erfülltes (oder eben auch nicht erfülltes) Leben zu übernehmen, was unseres Erachtens und unserer Erfahrung nach nachhaltigere Wirkung erzielt, als ein gesteuertes und daher nur für die Zeit während der Therapie wirksames Freizeitprogramm anzubieten.

4.7.8 Sozialdienst

Innerhalb der Einrichtung werden von sozialpädagogischen Mitarbeitern alle spezifisch notwendigen Angebote der Sozialberatung zur Überwindung sozialer, beruflicher und finanzieller Probleme ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen gemacht. Die prinzipiell lösungsorientierten Hilfestellungen reichen hierbei von einfachen Beratungsangeboten, bis zu praktischer Unterstützung – etwa bei der Wohnungssuche, Umzug, Wohnungsauflösung usw. – und konkreter Einleitung von Maßnahmen – etwa im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Für besondere Bedürfnisse besteht sowohl in trügereigener Kooperation, als auch durch die regionale Vernetzung die Möglichkeit besondere Kenntnisse spezialisierter Sozialdienste (z. B. im Bereich der Erziehungsberatung, -beistandschaft usw.) oder juristischer Fachanwälte in Anspruch zu nehmen.

Neben der beruflichen Beratung, der juristischen Beratung, der Beratung in Ämterangelegenheiten und der Hilfestellung bei der Wohnungssuche hat in der Regel die Schuldnerberatung eine besondere Bedeutung: Ein Großteil der Rehabilitanden in Entwöhnungseinrichtungen ist ver- bzw. überschuldet. Diese Problematik steht nicht selten der Motivation der Rehabilitanden zu einer drogenfreien Zukunft im Wege.

Innerhalb der Einrichtung ist das primäre Ziel die Bestandsaufnahme der bestehenden Schulden, wozu auch das Ordnen der vorhandenen Unterlagen gehört. In einem zweiten Schritt kann ein (teilweiser) Sanierungsplan erstellt werden, oder für langfristig angelegte Sanierungsmaßnahmen eine Weitervermittlung an Schuldnerberatungsstellen erfolgen.

Zusätzlich besteht vielfach die Notwendigkeit allgemeine Informationen – auch prophylaktisch – über die Entstehung von Schulden und die „Auswegmöglichkeiten“ zu vermitteln.

4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung

Die Rehabilitanden der Einrichtung sind in drei Wohngruppen mit jeweils maximal 6 Rehabilitanden untergebracht. Sämtliche hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (einschließlich der Ernährung) werden innerhalb der Wohngruppen weitgehend selbständig durchgeführt. Jeder Wohngruppe ist ein Mitarbeiter zugeordnet. In wöchentliche statt findenden Wohngruppengesprächen, sowie bei Bedarf in der Hausgruppe werden die Zusammenhänge zwischen Abhängigkeit, Persönlichkeitsentwicklung und bewusster (auch gesunder) Lebensführung thematisiert. Es werden insbesondere jeweils auf Einzelne und auf die Gemeinschaft bezogen Themen wie „Stressbewältigung“, „bewusster und gesunder Sport“, „Ernährung und Abhängigkeit“, „Humor“ angesprochen. Dabei ist es insbesondere unser Ziel die Rehabilitanden in ihrer Genussfähigkeit zu unterstützen, um eine Abkehr von einem abhängigen, wenig selbstbestimmten, fremdgesteuerten Leben erreichen zu können.

Innerhalb der Wohngruppenbegleitung werden in alltagsnaher Umsetzung Aspekte gesunder Lebensführung (etwa in Form ausgewogener und ausgeglichener Ernährung) berücksichtigt.

Innerhalb der Reflexionen von Tages- und Wochenplanung, sowie im Rahmen der allgemeinen Zielsetzungen werden – so etwa im Bereich der selbständigen sportlichen Tätigkeiten – Aspekte gesunder Lebensführung und Hygiene im Kontext der bisherigen Lebenserfahrungen und Lebensführung berücksichtigt.

In besonderen Einzelfällen (etwa starker Adipositas) besteht die Möglichkeit zur Kooperation mit einer Diätassistentin, sowie die Möglichkeit zur therapeutischen Berücksichtigung von psychischen Ernährungsstörungen (Bulimie, Anorexia nervosa).

Im Übrigen erfolgt eine aktive Unterstützung und Förderung, um die Rehabilitanden zur Teilnahme an externen Gesundheitsprogrammen zu motivieren.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Neben der Orientierung an klassischen Modellen der Verhaltenstherapie, liegt ein Schwerpunkt der Arbeit in der Einrichtung auf der systemischen Therapie. Hier erhält die Angehörigenarbeit, sowie die konkrete Einbeziehung von Angehörigen in den Therapieprozess eine besondere Bedeutung.

Für Angehörige bzw. für Rehabilitanden gibt es die Möglichkeit Beratungsangebote in der Einrichtung anzunehmen. Im therapeutischen Prozess wird bei jedem Rehabilitanden darauf hin gearbeitet, dass Angehörige, aber auch neue Sozialkontakte, zu Gesprächen in die Einrichtung kommen.

Insbesondere bei einer wohnortnahen Therapie wird darauf hingewirkt, dass familientherapeutische Angebote innerhalb der Einrichtung angenommen werden. Bei Bedarf besteht hier die Möglichkeit, dass diese Therapieform von einem anderen Therapeuten (nicht vom Bezugstherapeuten) durchgeführt wird.

4.7.11 Rückfallmanagement

Im Rahmen stationärer Suchttherapie können nahezu alle Interventionen auch als Teil des Rückfallmanagements betrachtet werden. Die Besonderheit der in der Großstadt gelegenen Einrichtung Kompass Direkt mit dem sowohl für Adaption, aber auch für Stabilisierungstherapie nach außen offenen Rahmen erfordert für die Rehabilitanden eine besondere „praxisnahe“ Auseinandersetzung mit Rückfallgefahren. Der Rückfallprophylaxe und der Verhinderung von Therapieabbrüchen in Folge von fortgesetzten Rückfällen kommt daher eine besondere Bedeutung zu.

Nahezu die gesamte neuere Suchtforschung lässt darauf schließen, dass Rückfälle sowohl während als auch nach stationärer Therapie häufig „... so etwas wie notwendige Entwicklungsschritte darstellen ... und erst durch die eigenen Lehren aus Rückfällen eine (zumindest zeitweise) stabilere Abstinenz erreichbar ist“ (Körkel 1999, S. 39; vgl.: Stöver 1998).

Somit ist der Rückfall kein zwingend notwendiges Ereignis, aber auch nicht per se Indiz für „Therapieverweigerung“. Im Sinne einer abstinenzorientierten Therapie bedarf es im Falle eines Rückfalls in jedem Fall besonderer professioneller therapeutischer Bemühungen.

Marlatt (1985) unterscheidet zwischen einem leichten Rückfall dem „lapse“ und einem schweren Rückfall dem „relapse“. Dabei kann ein „lapse“ (häufig auch „Ausrutscher“ genannt) ohne gravierende Folgen wieder beendet werden, da dieser weniger person-

sondern mehr situationsabhängig ist. Dagegen hängt ein „relapse“ mehr von multiplen persönlichen Faktoren ab, der über die begleitende Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und Lebensumstände zu schneller Rückkehr zu altem Konsummuster führt. Dabei sind die Risikosituationen für Rückfälle bekannt: In der überwiegenden Zahl der Fälle gehen dem Rückfall drei Situationen voraus: unangenehme Gefühle, Einsamkeit im Anschluss an Konflikte und soziale „Verführung“.

Der Rückfall erscheint somit als Folge einer Kombination aus vier Faktoren:

a) Unausgewogener Lebensstil und scheinbar irrelevante Entscheidungen

b) Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für Risikosituationen

c) Vorhandene Bewältigungsstrategien reichen nicht aus

und d) Drogenkonsum begünstigende Kognitionen und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung oder eine unrealistisch hohe Selbstwirksamkeitserwartung im Sinne einer starken Selbstüberschätzung spielen eine wesentliche Rolle (vgl.: Körkel & Schindler 2003).

Es ist bekannt, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit innerhalb der ersten Monate nach Entlassung aus einer stationären Einrichtung am höchsten ist (vgl.: Körkel 1999). Zugleich ist aber auch bekannt, dass mit der Rückfallfreiheit im ersten Jahr nach Ende der stationären Therapie die Chancen auf dauerhafte Abstinenz bei Drogenabhängigen wesentlich erhöht sind (vgl.: Klett 1987).

Es ist in jedem Fall zu beachten, dass die Entscheidung zur Abstinenz keine dichotome (ja/nein) Entscheidung ist, sondern ein motivationaler Prozess, der sich in einem Kontinuum bewegt, das im Transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente (1982) beschrieben wird.

Aus dem Gesamtergebnis der hier nur angedeuteten neueren Rückfallforschung in Verbindung mit einem sich innerhalb der Drogentherapie in den letzten Jahren herauskristallisierenden Krankheits- und Suchtverständnis lassen sich letztlich zwei Grundsätze ableiten:

a) Der Rückfall während stationärer Therapie darf sowohl aus fachlicher als auch aus gesundheitsökonomischer Sicht nicht als primär delinquentes Verhalten mit den entsprechenden Konsequenzen betrachtet werden. Ebenso wenig darf der Rückfall als Zeichen von Unfähigkeit, Unheilbarkeit, Widerstand, fehlender Motivation etc. betrachtet werden.

Selbstverständlich darf innerhalb einer stationären Einrichtung nicht nur der Anspruch auf Hilfe des Einzelnen, sondern es muss auch der Anspruch auf eine drogenfreie Atmosphäre der anderen Rehabilitanden berücksichtigt werden.

Demzufolge kann „... bei einem so komplexen Störungsbild wie der Drogenabhängigkeit ... bei Rückfällen nicht schematisch vorgegangen werden“ (Vollmer & Krauth 2001, S. 414). Bei der Entscheidung für oder gegen eine ‚Arbeit mit Rückfall‘ müssen der individuelle, soziale und gruppenspezifische Gesamtkontext berücksichtigt werden (vgl.: ebd., Klos & Görden 2009).

Wird Therapie als Verhaltensänderung und als Entwicklung neuer, attraktiver Gewohnheiten verstanden, so muss im Falle eines Rückfalls davon ausgegangen werden, dass „... die ‚gute Gewohnheit‘ genauso verfügbar [bleibt], wie die ‚schlechte‘ es während der Remission war

[...] Ein Rückfall kann als ein schlecht gelungener Versuch betrachtet werden, die Symptome zu kontrollieren ... Es erweist sich [auch], dass der Patient verschiedene kleine Lösungsversuche gemacht hat, die ihm gestattet haben, den Schaden zu beschränken. Diese werden ihm bei einem nächsten Ausrutscher hilfreich sein“ (Isebaert 2005, S. 16; vgl.: Altmannsberger 2004)).

Eine Weiterbehandlung nach einmaligem „lapse“ ist also zwingend als die Regel zu betrachten.

Zugleich stellt ein Rückfall in jedem Fall während stationärer Therapie auch eine erhebliche Störung des Therapieablaufs dar und ist manchmal auch Ausdruck erheblicher Verstrickungen innerhalb der Therapiegruppe. Sofern zum Schutz der Einrichtung sowie der Mitrehabilitanden eine Entlassung aus dem stationären Setting notwendig ist, ist die Vermittlung in eine geeignete Weiterbehandlung anzustreben.

b) Eine langfristige und zu einem geeigneten Zeitpunkt realitätsnahe Behandlungsform ist unverzichtbarer Bestandteil der Therapie. Gerade auf Grund der in den letzten Jahren stattfindenden Verkürzung stationärer Therapie ist eine explizit realitätsnahe Therapie oder (wie im Falle der Adaption) eine deutlich realitätsnahe Phase, ergänzt durch eine qualitativ hochwertige und intensive ambulante Weiterbehandlung letztlich die Chance alle sich aus der Rückfallforschung ergebenden Erfordernisse an eine Suchttherapie zu erfüllen.

Das Rückfallmanagement der Einrichtung basiert auf zwei Säulen:

4.7.11.1 Rückfallprophylaxe

Die Rückfallprophylaxe wird zum Einen im Rahmen eines aus 6 Einheiten bestehenden Rückfallprophylaxetrainings, in das eine Einheit „Achtsamkeitstraining“ integriert ist, zum Anderen im Zusammenhang mit allen anderen Interventionen durchgeführt. Ansatzpunkt sind hier zunächst immer die während der Kerntherapie bzw. vorhergehender Therapie erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen bezüglich der jeweils subjektiven Rückfallgefahren und die personentypischen Ressourcen und Fähigkeiten.

Bereits während der Therapie führen Schwierigkeiten bei der praktischen Lebensbewältigung und Zukunftsängste häufig dazu, dass im Zusammenhang mit der Suchterkrankung entstandene alte Lösungsmuster wieder verstärkt angewandt werden. Zur Sicherung der Abstinenz ist daher der Ausbau personaler und sozialer Kompetenzen notwendig. Ziel ist, dass die Rehabilitanden spätestens mit Ende der Therapie in der Lage sind abstinenzgefährdende Situationen rechtzeitig zu erkennen und eigenständig präventive Problemlösungsstrategien entwickeln können.

Mit der Rückfallprophylaxe stehen verschiedene Schwerpunktziele in direktem bzw. indirektem Zusammenhang, die auch an anderer Stelle bereits erwähnt wurden:

a) Ausbau von Selbstwert und Selbstvertrauen: Dies schließt die Erweiterung der Kommunikations- und Kontaktfähigkeit sowie die Förderung der Genuss- und Erlebensfähigkeit mit ein.

b) Ausbau von Handlungskompetenzen: Dies beinhaltet Alternativen zu Drogenkonsum, aber auch Frustrationstoleranz und Fähigkeiten zum selbstschützenden Umgang mit Unlust und Angst.

c) Auf- und Ausbau drogenfreier Sozialkontakte, wozu auch die kritische Reflexion und möglicherweise die Fähigkeit zur Abgrenzung gegenüber bestehenden Kontakten zählt.

d) Information zu Suchtmitteln im Kontext der eigenen Biografie, einschließlich die Reflexion bisheriger Rückfälle und rückfallgefährlicher Situationen bzw. von so genannten „Verhaltensrückfällen“. Hierzu zählen auch Informationen über mögliche Auswege und Hilfemöglichkeiten im Falle eines Rückfalls.

e) Zugewinn an Lebenslust und Autonomie: Anfangs können Drogenabhängige Abstinenz in der Regel streckenweise nur als „Verzicht“ und Einschränkung verstehen. Ziel ist nicht in erster Linie die Abstinenz als Selbstwert, sondern vor allem die Fähigkeit durch Abstinenz ermöglichte Aktivität als Sinnstiftung zu erleben. Die konkrete Planung individueller Ziele und Alternativen für die zukünftige Lebensplanung ermöglicht dabei positive Erfolgserlebnisse.

f) Rechtzeitige Auswahl einer geeigneten ambulanten oder stationären Nachsorge oder Selbsthilfegruppe. Hierzu zählt auch die differenzierte Erkenntnis über die Unterstützungsmöglichkeiten, aber auch über die Grenzen einer Nachsorge hinaus.

Im weiteren Sinne ist die gesamte Erarbeitung einer eigenverantwortlichen Lebensführung und die Entwicklung von kurz- und langfristigen Zukunftsperspektiven wesentlicher Bestandteil der Rückfallprophylaxe.

4.7.11.2 Rückfallkonzept

Aus den neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen resultiert aus unserer Sicht die therapeutische Verpflichtung, im Sinne einer Fürsorgepflicht für den einzelnen uns anvertrauten Rehabilitanden, im Falle eines Rückfalls individuell zu entscheiden, sowie – sofern es die allgemeine Situation zulässt – der Ermöglichung einer Weiterbehandlung (auch zur Verhinderung kostenintensiver Folgebehandlungen) den Vorzug zu geben.

Zugleich halten wir es aber für zwingend notwendig eine Atmosphäre zu schaffen, die den Rückfall innerhalb der Einrichtung so schwer wie möglich macht. Wir verstehen das Wesen einer stationären Drogentherapieeinrichtung unter anderem darin begründet, dass sie ein sicherer, geschützter und damit alkohol- und drogenfreier Ort ist. Die disziplinarische Entlassung nach einem Rückfall muss somit nicht nur bei deutlichen Hinweisen darauf, dass durch eine erfolgreiche Weiterbehandlung nicht mehr möglich ist, sondern auch zum Schutz von anderen Rehabilitanden als Möglichkeit beibehalten werden.

Für die Entscheidung einer „Arbeit mit Rückfall“ wird dabei – unter Vorrang des Rehabilitanden- und Einrichtungsschutzes – der Gesamtkontext der individuellen Rückfalldynamik und der Möglichkeiten zur Rückfallaufarbeitung auch auf der Grundlage der jeweiligen Gruppensituation betrachtet. Eine professionelle Entscheidung kann aus unserer Sicht nicht auf der Basis von starren Regelungen über die „erlaubte“ Art oder Häufigkeit des Rückfalls erfolgen.

Das Ziel der Rückfallaufarbeitung ist vor allem die Umdeutung des Rückfalls als ein Ereignis, das zwar auf keinen Fall notwendig ist, das aber im Sinne einer Abstinenzorientierung positiv genutzt werden kann. Dabei gilt es einerseits der häufig vorherrschenden Entmutigung und den massiven Selbstzweifeln rückfälliger Rehabilitanden entgegen zu treten. Andererseits gilt es auch der in Folge des Rückfalls häufig niedrigeren Hemmschwelle zu weiteren Rückfällen in Verbindung mit der (manchmal sogar insgeheim erhofften) Selbstbestätigung,

wonach – was durch den Rückfall bewiesen sei – ein Leben ohne Drogen nicht möglich sei, zu begegnen.

In Einzel- und Gruppengesprächen wird innerhalb von ein bis zwei Kalenderwochen gezielt die Situation vor, während und nach dem Rückfall fokussiert. Im Rahmen der Rückfallarbeit werden in jedem Fall vor allem außenorientierte Tätigkeiten unterbrochen. Dabei erfolgt der Verbleib in der Einrichtung zunächst auf Probe. Somit ist eine spätere Entlassung in Folge fehlender Bereitschaft zu tiefergehender und längerfristiger Veränderung möglich und wird dem Rehabilitanden transparent vermittelt.

In besonderen Fällen besteht die Möglichkeit zu einer vorübergehenden Querverlegung zur Orientierungsstation bei unserer trägereigenen Partnereinrichtung Kompass Hof für den Zeitraum von ca. einer Woche, mit anschließender Rückkehr zu Kompass Direkt. Hier kann im Sinne einer „Klausur“ in besonders intensiver Weise eine Rückfalldiagnostik, sowie die Motivation zur weiteren Behandlung und Abstinenz erfolgen. Dabei ist die Teilnahme an allen Tagesprogrammepunkten der Therapieeinrichtung selbstverständlich. Diese Querverlegung wird immer vom zuständigen Bezugstherapeuten eingeleitet. Nach Möglichkeit wird am Tag der Querverlegung, sowie am Tag der Rückkehr zu Kompass Direkt ein persönliches Gespräch zwischen dem Bezugstherapeuten, einem behandelnden Therapeuten von Kompass Hof, sowie dem Rehabilitanden selbst durchgeführt.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Der Gesundheits- und Krankenpflege kommt in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker eine besondere Bedeutung zu. Bei Kompass Direkt werden diese Tätigkeiten von allen sozialpädagogischen und therapeutischen Mitarbeitern übernommen. Dabei werden folgende, für den Therapieablauf und den Erhalt der rehabilitandenorientierten Rahmenbedingungen wesentlichen Tätigkeiten durchgeführt:

- die Vergabe von Dauer- und Bedarfsmedikation einschließlich der notwendigen Dokumentation
- die Terminierung der Aufnahmeuntersuchung und Vereinbarung von Terminen
- die Weitergabe und den Erhalt notwendiger Informationen bei der Zusammenarbeit mit Fachärzten
- im Bedarfsfall die Begleitung zu ärztlichen Behandlungen
- die Dokumentation von berufsgenossenschaftlich relevanten Vorkommnissen während der Rehabilitationsbehandlung
- die Durchführung von regelmäßigen Atemluft- und Urinkontrollen
- die Überprüfung der Einhaltung von Hausregeln und Hygienevorschriften, sowie im erweiterten Sinne die Anleitung der Rehabilitanden im Bereich der gesunden Lebensführung

4.7.13 Weitere Leistungen

Aus unserer Sicht kann eine stationäre Suchttherapie nur dann langfristig erfolgreich sein, wenn eine geeignete ambulante Weiterbehandlung oder die Anbindung an ein Hilfesystem (etwa auch Selbsthilfegruppen) durchgeführt wird.

In jedem Fall werden alle Rehabilitanden zu einer Weiterbehandlung motiviert und frühzeitig über die Möglichkeiten und Unterschiede informiert.

Es besteht eine enge Kooperation mit der trägereigenen Nachsorgeeinrichtung (Betreutes Wohnen) „Kompass Nachsorge“, sowie mit verschiedenen Nachsorgeeinrichtungen vorwiegend im süddeutschen Raum. Es bestehen außerdem Kooperationen mit Einrichtungen der ambulanten Therapie und Beratungsstellen, die Nachsorgeangebote machen. Eine enge Zusammenarbeit mit auf Suchtkranke spezialisierten niedergelassenen Psychotherapeuten ist möglich.

Außerdem findet in der Einrichtung regelmäßig eine Vorstellung einer NA-Gruppe statt. Es wird außerdem auf den Besuch von AA-Gruppen hingewirkt, sofern Rehabilitanden für diese Form der Selbsthilfearbeit offen sind. In jedem Fall kann der Besuch von Selbsthilfegruppen bereits während der Therapie in unserer Einrichtung ermöglicht werden.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Jede therapeutische Maßnahme ist aus unserer Sicht auf das Therapieende bzw. die Zeit nach der Therapie hin auszurichten. Somit sind die Entlassung, sowie die Kriterien für eine „erfolgreiche“ Entlassung bereits während der Festlegung der Therapieziele zu Beginn der Maßnahme bedeutsam.

Die Vorbereitung der Entlassung der Rehabilitanden wird demnach von allen Mitarbeitern im Rahmen der jeweiligen Profession bei allen Interventionen mit berücksichtigt. Die Beendigung der Leistung wird konkret im Rahmen der Zwischenbilanz des Rehabilitanden, sowie einer multiprofessionellen intensiveren Fallbesprechung im Team erstmals thematisiert. Spätestens 3 Wochen vor Therapieende werden in einem bilanzierenden Einzelgespräch noch einmal alle therapie- bzw. zukunftsrelevanten Bereiche, sowie die Zielsetzungen besprochen und ggf. über eine Verlängerung oder Verkürzung der Therapie entschieden. Hier wird in jedem Fall noch einmal auf eine ambulante Weiterbehandlung hingewirkt, sowie entsprechende Maßnahmen (Antragsstellung etc.) ergriffen.

In der letzten Therapiewoche vor der Entlassung wird ein therapeutisches Abschlussgespräch, sowie eine medizinische Entlassuntersuchung durchgeführt. Außerdem werden dem Rehabilitanden unterschiedliche Möglichkeiten zur Verabschiedung von der Gruppe aufgezeigt.

Jedem Rehabilitanden werden praktische Hilfestellungen am Entlasstag (Fahrten etc.) angeboten, sowie die Möglichkeit aufgezeigt insbesondere in den ersten Wochen nach der Therapie die Beziehung zur Einrichtung für mögliche Beratungsleistungen in Anspruch zu nehmen.

Der Entlassbericht wird entsprechend dem Leitfaden der DRV innerhalb von maximal 10 Werktagen erstellt.

Bei Therapieabbruch durch den Rehabilitanden wird zunächst versucht ihn zu einer Weiterbehandlung zu motivieren. Sofern dies nicht gelingt, werden dem Rehabilitanden Möglichkeiten zu einer anderen Weiterbehandlung, sowie Möglichkeiten zur Rückfallprophylaxe gegeben. Zur Verhinderung einer nach Therapieabbrüchen erhöhten Gefahr einer Überdosierung werden dem Rehabilitanden in jedem Fall Informationen erteilt. Dies wird schriftlich dokumentiert.

Eine disziplinarische Entlassung erfolgt, sofern eine Weiterbehandlung mit größter Wahrscheinlichkeit nach therapeutischer Einschätzung nicht erfolgreich im Sinne der allgemeinen und persönlichen Zielsetzungen sein kann, beispielsweise nach Rückfall oder nach dauerhafter (medizinisch nicht begründbarer) Verweigerung zur Teilnahme am Therapieprogramm. Eine disziplinarische Entlassung erfolgt außerdem, wenn durch eine Weiterbehandlung mit Sicherheit Mitrehabilitanden gefährdet wären. Sofern möglich werden eine Querverlegung oder Maßnahmen zur Anschlussbetreuung eingeleitet.

Bei Abbruch oder disziplinarischer Entlassung werden mögliche Suizidgefahren ausgeschlossen bzw., sofern eine Suizidgefahr besteht, wird eine Einweisung in eine Fachklinik eingeleitet.

Eine disziplinarische Entlassung erfolgt grundsätzlich erst nach intensiver Rücksprache innerhalb des multiprofessionellen Teams, sowie nach ausführlichen motivierend-lösungsfokussierenden Gesprächen mit dem Rehabilitanden.

5. Personelle Ausstattung

Das multiprofessionelle Team der Einrichtung setzt sich zusammen aus:

- Einrichtungsleiter: Pädagoge und Systemischer Therapeut (SG)
- Leitende Ärzte: Ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und ein Arzt für Allgemeinmedizin, Suchtmediziner, begonnen psychotherapeutische Weiterbildung
- Diplom-Psychologe und systemischer Therapeut (SG)
- Pädagogin und systemische Therapeutin (DGSF)
- Sozialpädagogin in Weiterbildung zur Suchttherapeutin (Psychodrama) für die Einzelbetreuung Rehabilitanden und für den Bereich der Berufsberatung
- Sozialpädagogin für den Bereich der Sozialpädagogik und Einzelberatung der Adaptionrehabilitanden
- Sozialpädagogin für den Bereich Qualitätsmanagement (QMB)
- Zwei Verwaltungsmitarbeiterinnen
- Außerdem Hilfskräfte (Studenten, Ex-User) für Präsenzdienste, Fahrten, Hausmeistertätigkeiten

Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit zur Teilnahme an der regelmäßig statt findenden Supervision.

Das Personal der Einrichtung wird mit dem federführenden Kostenträger der Einrichtung, der DRV Schwaben, vereinbart und der jeweilige aktuelle Personalstand einschließlich möglicher Änderungen, sowie einschließlich der jeweiligen Qualifikationen wird der DRV Schwaben quartalsweise mitgeteilt.

6. Räumliche Gegebenheiten

Der Rehabilitandenbereich ist in drei Wohngruppen mit jeweils maximal 6 Betten in Ein- und Zweibettzimmern und jeweils einer gemeinsamen Wohnküche aufgeteilt. Insgesamt verfügt die Einrichtung über:

- 6 Zimmer (2 je Wohngruppe) mit jeweils ca. 16 m² zuzüglich einem Vorraum mit ca. 5 m², sowie einer eigenen, ausschließlich vom Vorraum aus zugänglichen, Nasszelle (Dusche/WC) mit ca. 5 m². Jedes der Zimmer ist als Zweibettzimmer ausgestattet, wobei die Gesamtzahl der Zimmer eine Alleinbelegung (Doppelzimmer zur Einzelnutzung) ermöglicht. Die Zimmer sind abschließbar.
- 3 Zimmer (2 je Wohngruppe) mit jeweils ca. 23 m² zuzüglich einer eigenen, ausschließlich vom Zimmer aus zugänglichen, Nasszelle (Dusche/WC) mit ca. 5 m². Jedes der Zimmer ist als Zweibettzimmer ausgestattet, wobei die Gesamtzahl der Zimmer eine Alleinbelegung (Doppelzimmer zur Einzelnutzung) ermöglicht. Die Zimmer sind abschließbar. Für Notfallunterbringung können diese Zimmer auch als Dreibettzimmer kurzfristig ausgestattet werden.
- Ausstattung der Rehabilitandenzimmer: 2 Einzelbetten, 2 Nachttischen mit Beleuchtung, 2 großen bzw. 4 kleineren Schränken mit Fächern und Kleiderstangen, 2 Sesseln und einem Tisch einschließlich einer Stehlampe, einem Schuhregal und einer Garderobe, einem Spiegel, sowie dem üblichen entsprechend notwendigen Badinventar (Ablagefächer, Handtuchhalter etc.). Bettwäsche, Handtücher und Bettdecken werden gestellt, wobei die Mitnahme eigener Bettwäsche möglich ist.
- Eine gemeinsame Wohnküche pro Wohngruppe mit ca. 23 m² und einem Abstellraum mit ca. 5 m².
- Ein Wohn-/Fernsehzimmer mit ca. 23 m².
- Ein Ausweich- Rehabilitandenzimmer mit ca. 15 m².
- Ein Tischtennisraum mit ca. 23 m².
- Sauna mit Dusche und Ausruhliegemöglichkeit.
- Waschküche mit 2 jederzeit kostenlos für Rehabilitanden nutzbaren Waschmaschinen und 2 Trocknern, sowie Wäschetrocknungsmöglichkeiten.
- Kellerräume mit der Möglichkeit bei Bedarf Möbel (etwa nach Wohnungsauflösung) unter zu stellen.
- 2 gemeinsamen Toiletten nahe bei den Gemeinschaftsräumen, wobei eine als Urinkontrollzimmer ausgestattet ist.
- Ein Bad mit Möglichkeit eine Badewanne zu benutzen (5 m²).
- Terrasse und kleiner Gartenanteil.
- PC-Raum mit 2 Computern mit Internetzugang (23 m²).
- Kleingruppenraum mit ca. 23 m².
- Gruppenraum mit ca. 58 m².
- Ausreichend Büro- und Teamräume mit jeweils 10 bis 23 m².
- Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit und Liege ca. 18 m².

7. Kooperation und Vernetzung

Über den Träger ist die Einrichtung Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) und im Fachverband Drogen und Suchtmittel e. V. (FDR).

Die Einrichtung ist im Arbeitskreis Nachsorge Augsburg, im Arbeitskreis Sucht/Justiz Augsburg, sowie im Arbeitskreis Sucht/Justiz München vertreten.

Kooperationen bestehen zu:

- Allen trügereigenen Partneereinrichtungen (siehe oben)
- Den Gesellschaften der Augsburger Lehmbaugruppe: BAL (Holzbaugesellschaft der Augsburger Lehmbaugruppe), BBZ (Berufliches Bildungszentrum), Lan4You (Netzwerkbetreuung), SIA e. V. (Sozialpädagogisches Institut Augsburg), SIA GmbH (Gastro- und Cateringservice) und clay Consult (Beratungsfirma)
- Drogenhilfe Schwaben mit regelmäßigem fachlichem Austausch
- Anderen stationären Einrichtungen in Deutschland
- Ambulanten Einrichtungen, Nachsorgeeinrichtungen und Beratungsstellen vorwiegend im gesamten süddeutschen Raum
- Einem Facharzt für Psychiatrie
- Einem Arzt für Allgemeinmedizin
- Niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten
- Verschiedenen Einrichtungen der freien Wirtschaft (Handwerksbetriebe, Einzelhandel usw.) zur Durchführung eines Praktikums
- Einem Fitnessstudio, mit der Möglichkeit zur vergünstigten, vertragsfreien Nutzung durch Rehabilitanden

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

In § 20 SGB IX wird die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems gefordert, durch das festgelegt wird, dass medizinische Rehabilitationseinrichtungen zielgerechte und systematische Verfahren und Maßnahmen festlegen, durch die die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert wird.

Die Umsetzung wird unternehmensweit bei der Kompass Drogenhilfe GmbH gewährleistet. Seit Februar 2012 ist Kompass Direkt nach QMS Reha, dem von der DRV Bund herausgegebenen und von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkannten Qualitätsmanagementverfahren, zertifiziert. Eine Re-Zertifizierung erfolgt künftig alle drei Jahre.

Seit Dezember 2009 ist die Einrichtung im Rahmen einer alle Einrichtungen der Kompass Drogenhilfe GmbH umfassenden Matrixzertifizierung nach ISO 9001:2008 zertifiziert. Die Re-Zertifizierung erfolgt jährlich.

Für die Umsetzung der Qualitätsstandards, sowie die Anleitung der Mitarbeiter ist eine langjährige als Qualitätsmanagementbeauftragte und interne Auditorin ausgebildete Mitarbeiterin der Einrichtung beauftragt.

Der Leiter der Einrichtung ist zudem als Zentraler Qualitätsmanagementbeauftragter der gesamten Kompass Drogenhilfe GmbH einrichtungsübergreifend tätig.

Zur Qualitätssicherung werden neben den Zertifizierungsaudits und neben spezifischen Konferenzen im Mitarbeiterteam mindestens einmal jährlich jeweils ein internes Systemaudit, sowie ein Prozessaudit durchgeführt.

Das Qualitätsmanagementverfahren wird in einem allen Mitarbeitern zugänglichen Handbuch beschrieben. Die Qualitätsentwicklung und –dokumentation erfolgt über die Internetbasierte, jedem Mitarbeiter zugängliche, Plattform easyQM. Die erforderlichen Zuständigkeiten sind vertraglich im Rahmen von Beauftragungen geregelt (z. B. Datenschutz, Sicherheit, Ersthelfer, Brandschutzhelfer), somit ist die Einhaltung der gesetzlichen, berufsgenossenschaftlichen und versicherungsrechtlichen Bestimmungen gewährleistet.

Die Dokumentation und Verwaltung der Rehabilitanden erfolgt über das für den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation insbesondere Abhängigkeitserkrankter entwickelte Programm PATFAK.

Die Einrichtung nimmt am Verfahren des Peer Review teil. Zudem ist der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie selbst Peer Review-Prüfer und überprüft die Entlassberichte der Einrichtung einmal jährlich in Stichproben und leitet Optimierungen ein.

Die statistischen Daten der Einrichtung werden jährlich ausgewertet und zur bundesweiten Erhebung im Rahmen des Bado-Sucht-Programms an die entsprechenden Stellen weiter geleitet.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

- Die Entwicklung der Einrichtung und die jeweiligen Besonderheiten werden innerhalb der kooperativen, kollegial-fachlichen Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, dem ärztlichen Gesamtleiter und den Leitern der anderen Einrichtungen des Trägers einmal monatlich wechselseitig berichtet. In diesem Zusammenhang bestehen jederzeit Möglichkeiten außerplanmäßige Konferenzen oder kollegiale Besprechungen einzuberufen, um auf mögliche Besonderheiten schnell reagieren zu können.
- Vierteljährlich werden planmäßig Konferenzen der Geschäftsführung, des ärztlichen Gesamtleiters und der Einrichtungsleiter aller Einrichtungen durchgeführt. Somit ist eine enge, fachliche Kooperation und schnelle Reaktion möglich.
- Einmal wöchentlich wird eine Fallkonferenz im multiprofessionellen Team durchgeführt.
- Einmal wöchentlich wird ein organisatorisches Team im multiprofessionellen Team durchgeführt.
- Einmal täglich wird mittags ein Kurzmeeting mit allen diensthabenden Mitarbeitern durchgeführt.
- Einmal wöchentlich wird ein organisatorisches Verwaltungsteam durchgeführt.
- In etwa alle zwei Monate wird ein Gesamtteam mit allen Mitarbeitern durchgeführt.
- Bei Bedarf besteht die Möglichkeit zur Durchführung von Klausurtagungen auch außer Haus.

- Es erfolgt ca. alle 6 bis 8 Wochen eine Supervision durch einen externen Supervisor. An dieser können alle Mitarbeiter teilnehmen.
- Bei Bedarf können weitere Besprechungen innerhalb der Einrichtung, sowie in Kooperation mit jeweiligen Fachkollegen aus anderen Einrichtungen durchgeführt werden.
- In regelmäßigen Abständen werden Teams zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements der Einrichtung durchgeführt.
- Der Leiter der Einrichtung, sowie der Qualitätsmanagementbeauftragte arbeiten außerdem im Verbund mit den anderen Einrichtungen des Trägers in regelmäßigen Treffen zusammen.
- Innerhalb der Einrichtung hat jeder Mitarbeiter einen eigenen E-Mail-Account.
- Die Kommunikation erfolgt außerdem über ein Teambuch, über Rundmails und Bekanntmachungen im für alle Mitarbeiter zugänglichen QM-Portal „easyQM“
- Alle QM-relevanten Informationen, sowie alle nicht rehabilitandenspezifischen Dokumente und Vorlagen sind in einer jeweils aktuellen Version für alle Mitarbeiter in einem QM-Portal „easyQM“ zugänglich.
- Die Dokumentation und KTL-Dokumentation erfolgt über das für alle Mitarbeiter zugängliche Programm PATFAK.
- Die Einrichtung nimmt außerdem am Dokumentationssystem BADO Sucht teil. Die jährliche Auswertung wird an die dafür zuständige Stelle elektronisch übermittelt.

10. Notfallmanagement

Die jeweils vorgeschriebenen Beauftragten (Sicherheitsbeauftragter, Ersthelfer, Brandschutzhelfer, Datenschutzbeauftragter usw.) sind im Organigramm der Einrichtung, in der Tabelle zur Standortorganisation im QM-Portal „easyQM“ und in den entsprechenden Aushängen hinterlegt.

Die Einhaltung der jeweiligen Vorschriften wird über regelmäßige Begehungen (z. B. durch den Sicherheitsbeauftragten) überprüft und eingehalten.

Die vorgeschriebene Ausstattung (Defibrillator, Feuerlöscher, Erste-Hilfe-Kasten, Notfallkoffer, Fluchtwegebeschilderung etc.) ist vorhanden und wird von den jeweils namentlich benannten Fachkräften und Beauftragten überprüft, bzw. die Überprüfung in Auftrag gegeben. Die Terminierung von Prüfintervallen erfolgt über automatisierte Benachrichtigungen durch das QM-Portal „easyQM“.

Es besteht eine vertragliche Vereinbarung mit einem durch Aushang namentlich allen Mitarbeitern bekannten Betriebsarzt.

Für Rehabilitanden und Mitarbeiter werden entsprechende Notfallpläne mit jeweils relevanten Telefonnummern durch Aushang bekannt gemacht. Rehabilitanden haben jederzeit im Notfall Zugang zu einem Telefon, von dem aus sie jederzeit (bargeldlos und ohne Karte) telefonieren können, um im Notfall entsprechende Schritte einleiten zu können.

Für notwendige Kriseninterventionen und Notfälle hält die Einrichtung rund um die Uhr (24 Stunden) ein Rufbereitschaftssystem vor. Die Telefonnummer wird jedem Rehabilitanden durch eine Notfallkarte (für Unterwegs) und jederzeit zugänglichem Aushang mitgeteilt.

Die entsprechende Sicherheitsaufklärung für Rehabilitanden und Mitarbeiter wird bei Aufnahme bzw. Einstellung durchgeführt und schriftlich dokumentiert.

Es steht ein Notfallalarmsystem für alle Rehabilitandenzimmer zur Verfügung.

11. Fortbildung

Es werden jährlich Mitarbeitergespräche durchgeführt, bei dem der individuelle und einrichtungsspezifische Fort- und Weiterbildungsbedarf erhoben wird. Bei der Planung der Fortbildungen wird auf die Entwicklung der Einrichtung und auf die Anforderungen der einschlägigen Vorschriften und Vereinbarungen Bezug genommen.

Die Dokumentation und Planung von Fortbildungen erfolgt über das Qualitätsmanagement der Einrichtung.

Innerhalb der Einrichtung werden regelmäßige interne Fortbildungen im Sinne von Fachvorträgen oder der Weitergabe von Kenntnissen aus der Teilnahme von Fortbildungen im Sinne eines Multiplikatorensystems durchgeführt.

Die Teilnahme an Fachkongressen und Symposien, sowie die Information durch entsprechende Medien (Newsletter, Internet, Zeitschriften etc.) ist obligatorisch.

Innerhalb der Kompass Drogenhilfe werden 10 interne Fortbildungsmodule (zu Themen Psychiatrie/Medizin, Psychologie/Psychotherapie, Soziale Arbeit, Arbeitstherapie und Sporttherapie) jeweils in 2monatigem Abstand angeboten. Die regelmäßige Teilnahme an diesen Modulen ist verpflichtend.

Es besteht ein Einarbeitungsplan mit schriftlicher Dokumentation für neue Mitarbeiter.

12. Supervision

Es wird eine regelmäßige Supervision alle 6 bis 8 Wochen mit einer Dauer von jeweils 2 Stunden ermöglicht. Diese wird von einem externen, entsprechend ausgebildeten Supervisor durchgeführt. An der Supervision können alle Mitarbeiter der Einrichtung (z. B. auch Praktikanten, Honorarkräfte, Verwaltung) teil nehmen.

Außerdem werden durch die fachlichen Leitungen der Einrichtung, sowie psychotherapeutisch geschulte Mitarbeitern regelmäßige Fallsupervisionen im Rahmen der wöchentlichen Teams durchgeführt.

LITERATUR

- Adorno, T. W. (1964). *Minima Moralia*. Frankfurt a. M.
- Aktion Psychisch Kranke (2009). *Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Tagungsbericht Berlin, 18./19. Juni*. Bonn.
- Altmannsberger, W. (2004). *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual*. Göttingen u. a.
- Alves, E. C. & C. Evers. (2002). Stationäre Langzeittherapie und Nachsorge. In: L. Böllinger & H. Stöver (Hrsg.). *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik*. Frankfurt a. M., S. 252 – 265.
- Beck, J. (1999). *Praxis der kognitiven Therapie*. Weinheim.
- Böllinger, L. & H. Stöver (Hrsg.). (2002). *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*. Frankfurt a. M.
- Boscolo, L. & P. Bertrando (2000). *Systemische Einzeltherapie*. Heidelberg.
- Braun, J. (2001). Psychotherapie in der Adaption: Wie groß ist der „Rest“ beim Restpsychotherapiebedarf? In: M. Heide (Hrsg.). *„Wenn ich erst wieder Arbeit habe...“*. Geesthacht, S. 55 – 62.
- Brömer, H. (1996). Stationäre Suchttherapie im Spannungsfeld – Aspekte der Beziehungen zwischen Hilfeinrichtungen und zwischen Drogentherapeuten und Abhängigen. In: M. Nowak, R. Schifman, R. Brinkmann (Hrsg.). *Drogensucht*. Stuttgart, New York, S. 97 – 114.
- Davison, G. C. & J. M. Neale. (1998). *Klinische Psychologie*. Weinheim.
- DHS (Hrsg.). (2001). *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe. Positionspapier 2001*. Hamm.
- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikation (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf.
- Dollinger, B. (2002). *Drogen im sozialen Kontext. Zur gegenwärtigen Konstruktion abweichenden Verhaltens*. Augsburg.
- Dörner, K. & U. Plog. (1996). *Irren ist menschlich*. Bonn.
- Dülmen, R. v. (1997). *Die Entdeckung des Individuums (1500 – 1800)*. Frankfurt a. M.
- Fachverband Sucht e. v. (Hrsg.). (o. J.). *Qualitätsmanagement in der Entwöhnungsbehandlung. Anregungen für die Praxis*. Bonn.
- FDR (Hrsg.). (1997). *Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe. Schwerpunkt Drogenarbeit*. Geesthacht.

- FDR (Hrsg.). (1998). *Grenzgänge der Drogenarbeit: Hilfesysteme berühren sich; Dokumentation des 19. Bundes Drogen Kongresses 1996 in Bremen*. Geesthacht.
- Gerken, K., R. Müller & D. Wimmer (²⁹2011). *Handbuch Sucht*. 3 Bände. Sankt Augustin.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal* 1, München, S. 4-11.
- Grawe, K., R. Donati & F. Bernauer. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen.
- Gross, W. (1992). *Was ist das Süchtige an der Sucht?* Geesthacht.
- Harten, R., P. Röhling & K.-P. Stender. (³1992). *Gibt es eine Suchtpersönlichkeit?* Geestacht.
- Heckmann, W. (1980). Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit in unserer Gesellschaft. *Psychosozial*. 2, 1980, S. 113 – 127.
- Heide, M. (Hrsg.). (2001). „Wenn ich erst wieder Arbeit habe...“. *Adaptionsbehandlung als zweite Phase der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker*. Geesthacht.
- Isebaert, L. (2005). *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. Stuttgart.
- Keupp, H. (1972). Sind psychische Störungen Krankheiten? In: H. Keupp (Hrsg.). *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie*. München, S. 1 – 43.
- Keupp, H. u. a. (1999). *Identitätskonstruktionen: Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek.
- Klein, R. (2002). ... Trinken hält Leib und Seele zusammen. Zur systemischen Konzeptualisierung süchtigen Trinkens. *Familiendynamik*. 27 Jg., H 3. Stuttgart, S. 259 – 294.
- Klein, R. (²2005). *Berauschte Sehnsucht. Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens*. Heidelberg.
- Klett, F. (1987). Langzeitverläufe bei Drogenabhängige bis zu 10 Jahren nach Behandlungsende. In: D. Kleiner (Hrsg.). *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten*. Berlin, S. 162-178.
- Klos, H. & W. Görgen. (2009). *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm*. Göttingen u. a.
- Körkel, J. & Ch. Schindler. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Heidelberg.
- Körkel, J. (1999). Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. *Abhängigkeiten*, 5, S. 24 – 45.
- Kriz, J. (³1991). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim.
- Küfner, H., A. Denis & I. Roch. (1994). *Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts*. Baden-Baden
- Kulick, B. (²1996). Kommentare aus Sicht eines Rentenversicherungsträgers. In: M. Nowak, R. Schifman, R. Brinkmann Hrsg.). *Drogensucht*. Stuttgart, New York, S. 115 – 128.
- Kunze, H. (2009). Der Patient geht dahin wo das Geld fließt – (Fehl-)Steuerung und neue Wege in der Finanzierung der Suchthilfe. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). *Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland*. Berlin, S. 54 – 70.

- Lindenmeyer, J. (2003). Exposition in vivo in der Behandlung von Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Psychotherapie im Dialog: Sucht*. H 2/2003. Stuttgart, New York, S. 119 – 123.
- Ludewig, K. (⁴1997). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model. In: G. A. Marlatt J. R. Gordon (Hrsg.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York, s. 3 – 70.
- Miller, W. R. & S. Rollnick (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau.
- Nowak, M. R. Schiffman & R. Brinkmann (Hrsg.). (²1996). *Drogensucht. Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis*. Stuttgart, New York.
- Pervin, L. A. (³1993). *Persönlichkeitstheorien*. München, Basel.
- Prochaska J. O. & C. C. DiClemente. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory, research and Practice*, 19, S. 276 – 288.
- Rost, W.-D. (1987). *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Stuttgart.
- Rost, W.-D., (2003). Zur Aktualität des psychoanalytischen Ansatzes in der Suchtbehandlung. *Zeitschrift für Psychotherapie im Dialog: Sucht*. H 2/2003. Stuttgart, New York, S. 112 – 118.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung*. Göttingen.
- Schneider, P. K. & E. Ruff. (1985). *Der begriffene Wahnsinn. Ein kognitives Modell zur Aufklärung und Therapie des psychotischen Verhaltens*. Frankfurt a. M., New York.
- Schwehm, H. (²1996). Psychosoziale Aspekte von Sucht. In: M. Nowak, R. Schiffman & R. Brinkmann (Hrsg.). *Drogensucht*. Stuttgart, New York, S. 9 – 28.
- Schwertl, W. (1998). Systemische Reflexion zur Sucht. In: W. Schwertl u. a. (Hrsg.). *Sucht in systemischer Perspektive*. Göttingen, S. 14 – 42.
- Schwertl, W. u. a. (Hrsg.). (1998). *Sucht in systemischer Perspektive. Theorie – Forschung – Praxis*. Göttingen
- Sonntag, G. & F. Tretter. (2001). Grundaspekte der Suchtkrankentherapie. In: F. Tretter & A. Müller (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S. 329 – 362.
- Stachowske, R. (2008). *Sucht und Drogen im ICF-Modell. Genogramm-Analysen in der Therapie von Abhängigkeit*. Kröning.
- Stiftung Integrationshilfe für ehemals Drogenabhängige e. V. (Hrsg.). *Schuldnerberatung in der Drogenhilfe*. Neuwied.
- Stöver, H. (1998). Annäherungen an Abstinenz – und Abstand. In: FDR (Hrsg.). *Grenzgänge der Drogenarbeit*. Geesthacht, S. 73 – 81.

- von Sydow, K., A. Schindler, S. Beher, J. Schweitzer-Rothers & R. Retzlaff (2010). Die Wirksamkeit Systemischer Therapie bei Substanzstörungen des Jugend- und Erwachsenenalters. *Sucht*, 56, S. 21-42.
- Tretter, F. & A. Müller (Hrsg.). (2001). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Tretter, F. & A. Müller. (2001a). Grundaspekte der Sucht. In: F. Tretter & A. Müller (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S. 17 - 32
- Tretter, F. & A. Müller. (2001b). Ursachenmodelle der Suchtforschung. In: F. Tretter & a. Müller (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S. 33 – 72.
- Tretter, F. (2001). Drogeneffekte aus pharmakologischer und neurobiologischer Sicht. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen, S. 73 – 98.
- Verstege, R. (2001). Rückblick für die Zukunft. In: M. Heide (Hrsg.). „*Wenn ich erst wieder Arbeit habe...*“. Geesthacht, S. 19 – 33.
- Vollmer, H. C. & J. Krauth (2001). Therapie der Drogenabhängigkeit. In: F. Tretter & A. Müller (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen, S. 395 – 438.
- Wöbcke, M. (1977). *Rauschmittelmissbrauch – Prävention und Therapie*. München.
- Yablinski, L. (1990). *Die Therapeutische Gemeinschaft. Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit (= Suchtprobleme in Pädagogik und Therapie 8)*. Weinheim u. a.

zwischen

Kompass Direkt

und

wird für die Dauer der Therapie folgender Vertrag geschlossen:

Wir verpflichten uns, Dich bei Deinen Bemühungen, Dein Leben künftig ohne Drogen zu gestalten, professionell zu unterstützen. Wir bieten Dir hierzu ein respektvoll-therapeutisches Umfeld mit zahlreichen Angeboten.

Du verpflichtest Dich, dass Du Dich aktiv, im Sinne Deiner persönlichen Zielsetzung, sowie im Sinne der allgemeinen Therapieziele „Arbeit, Wohnen, Soziale Integration“ um eine drogenfreie Zukunft bemühst und dafür Sorge trägst, dass auch Deine Mitklientinnen und Mitklienten in unserer Einrichtung diese Möglichkeit haben.

Wir halten es für wichtig, dass wir uns im Vorfeld auf **vier „Kardinalregeln“**, d.h. Regeln, deren absolute Einhaltung unbedingte Voraussetzung für den Aufenthalt bei uns sind unserer künftigen Zusammenarbeit verständigen:

1. **Keine Drogen!** Dazu gehören der Besitz und die Einnahme von Drogen, Alkohol und nicht ärztlich verordneten Medikamenten. Arzttermine sprichst Du bitte vor einer Terminvereinbarung mit uns ab.
Der Kontakt mit der Szene oder szenenahen Personen, sowie das Betreiben von Glücksspielen ist untersagt.
2. **Keine Gewalt, keine Gewaltandrohung, keine gesetzwidrigen Handlungen!**
3. **Aktive Mitarbeit!** Die aktive Teilnahme am Wochenprogramm ist verpflichtend. Hierzu gehören auch die Kooperation mit Mitklienten und Mitarbeitern.
4. **Verlassen des Hauses nur nach vorheriger Abklärung mit dem Team und im Rahmen der Ausgangsregelungen!** Dazu gehören auch die Eintragung der Ausgangs- und Rückkehrzeiten in das Ausgangsbuch, die pünktliche Rückkehr und die Eintragung von Begleitpersonen, sowie die Verantwortung für die Abwesenheitsliste.

Deine individuelle Zielsetzung ist Bestandteil dieses Vertrages.

Wir führen zur Sicherstellung der Drogenfreiheit Urin- und Atemluftkontrollen bei den Klientinnen und Klienten durch. Denke bitte daran, dass Du allein für Deine Drogenfreiheit bei diesen Tests verantwortlich bist, wozu auch gehört, dass Du auf Urintest möglicherweise verfälschende Produkte (Mohnkuchen, manche Energy-Drinks etc.) verzichtest. Ebenso können die Zimmer und Handys kontrolliert werden.

Aus organisatorischen Gründen ist es notwendig, dass Du Dein gesamtes Eigentum am Auszugstag mitnimmst – spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen. Kompass Direkt übernimmt keinerlei Haftung für Dein Eigentum. Darüber hinaus erklärst Du Dich damit einverstanden, dass Dein Eigentum, das Du nicht binnen 14 Tagen abholst, in das Eigentum von Kompass Direkt übergeht.

Zur Sicherung eventueller Ansprüche wird von der Kompass Direkt für die Dauer des Aufenthalts eine Kautions in Höhe von 10,- € einbehalten.

Du erklärst Dich bereit, dass nach Deinem Auszug eventuelle Ansprüche Dir gegenüber verrechnet werden.

Das Zimmer ist bei Auszug in ordentlichem, sauberem Zustand zu übergeben. Bei Beanstandungen behält Kompass Direkt einen Betrag von 10,- € ein, der der Gruppe zur Verfügung gestellt wird. Für Beschädigungen haftest Du.

Mit Deiner Unterschrift erkennst Du den **Therapievertrag** an und erklärst Dich einverstanden Dich an die **Grundsätze** des Hauses und die **Hausordnung** zu halten. Der Vertrag läuft automatisch mit Beendigung der Therapie ab. Wir behalten uns vor, den Therapievertrag fristlos zu kündigen, falls wir zu der Überzeugung gelangen, dass Du Deinen Verpflichtungen aus diesem Vertrag nicht nachkommst.

Mit Deiner Unterschrift bestätigst Du außerdem, dass Du die **Sicherheitsregeln** erhalten hast und Dir diese erläutert wurden.

Augsburg, den _____

Unterschrift des Einrichtungsleiters

Unterschrift der Klientin / des Klienten

Anhang: Wochenplan Adaption

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
08:15 Morgenblitzlicht	08:15 Morgenblitzlicht	08:15 Morgenblitzlicht	08:15 Morgenblitzlicht	08:15 Morgenblitzlicht			Legende
bis 12:30 Hausputz	bis 9:30 VBs erledigen	bis 9:30 VBs erledigen	bis 9:30 VBs erledigen	bis 9:30 VBs erledigen			Teilnahmepflicht
	danach individuelle Tagesplanung	danach individuelle Tagesplanung	danach individuelle Tagesplanung	danach individuelle Tagesplanung			Teilnahmepflicht - Befreiung nach Vereinbarung (Listeneintrag)
	10:30 - 12:00 Projektgruppe	10.30 - 12.00 Themenzentrierte Gruppe	10.30 - 12.00 Gruppe				Teilnahme nach Vereinbarung
bis 18.00 Einkauf / individuelle Tagesplanung	13:00 - 13:45 WG-Blitzlicht	bis 18.00 individuelle Tagesplanung	13:00 - 14:30 Projektgruppe	13:00 - 14.00 Wochenrückblick	13.00 - 13.30 Blitzlicht	13:00 - 13:30 Blitzlicht	
	bis 18.00 individuelle Tagesplanung		bis 18.00 individuelle Tagesplanung	bis 18.00 individuelle Tagesplanung			
18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18:00 Abendessen	18:00 Abendessen	
18.30 - 19.30 OrgaGruppe	18.30 - 21.00 Hausgruppe						
23:00 Ausgangsende	23:00 Ausgangsende	23:00 Ausgangsende	23:00 Ausgangsende	0.30 Ausgangsende	0.30 Ausgangsende	23:00 Ausgangsende	
00:00 Zimmerruhe	00:00 Zimmerruhe	00:00 Zimmerruhe	00:00 Zimmerruhe	01:00 Zimmerruhe	01:00 Zimmerruhe	00:00 Zimmerruhe	

Anhang: Wochenplan Stabilisierungstherapie

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
08:15 Morgenblitzlicht	08:15 Morgenblitzlicht	08:15 Morgenblitzlicht	08:15 Morgenblitzlicht	08:15 Morgenblitzlicht			Legende
bis 12:30 Hausputz	bis 9:30 VBs erledigen	bis 9:30 VBs erledigen	bis 9:30 VBs erledigen	bis 9:30 VBs erledigen			Teilnahmepflicht
	danach wichtige Erledigungen	danach wichtige Erledigungen	danach wichtige Erledigungen	danach wichtige Erledigungen			Teilnahmepflicht - Befreiung nach Vereinbarung (Listeneintrag)
	10:30 - 12:00 Projektgruppe	10.30 - 12.00 Themenzentrierte Gruppe	10.30 - 12.00 Gruppe				Teilnahme nach Vereinbarung
bis 18.00							Im Therapieverlauf ist eine individuelle Anpassung an den Wochenplan der Adaption möglich (außer Teilnahme an der Stabigruppe)
14.00 - 15.30 Stabigruppe	13:00 - 13:45 WG-Blitzlicht	13.00 - 14.30 Stabigruppe	13:00 - 14:30 Projektgruppe	13:00 - 14.00 Wochenrückblick	13.00 - 13.30 Blitzlicht	13.00 - 13.30 Blitzlicht	
15.30 - 18.00 Einkauf	bis 18.00 Freizeit		bis 18.00 individuelle Tagesplanung	bis 18.00 Freizeit			
18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	18.00 Abendessen	
18.30 - 19.30 Orgagruppe	18.30 - 21.00 Hausgruppe						
23:00 Ausgangsende	23:00 Ausgangsende	23:00 Ausgangsende	23:00 Ausgangsende	0.30 Ausgangsende	0.30 Ausgangsende	23:00 Ausgangsende	
00:00 Zimmerruhe	00:00 Zimmerruhe	00:00 Zimmerruhe	00:00 Zimmerruhe	01:00 Zimmerruhe	01:00 Zimmerruhe	00:00 Zimmerruhe	

Jeder ist für sich und sein Verhalten verantwortlich. Dabei ist jeder ein tragender Teil der Gemeinschaft und trägt (Mit)verantwortung für die Gestaltung des Zusammenlebens und somit auch (Mit)verantwortung für andere Klienten. Damit dies gelingen kann, müssen - einige Grundsätze eingehalten werden.

1. Die Therapie bei Kompass Direkt ist vollstationär.

Das heißt z. B.:

- Auch die Pläne, Handlungen und Kontakte außerhalb der Gruppenzeiten sind Bestandteile der Therapie. Dabei geht es **nicht** um **Richtig oder Falsch**, sondern darum, dass der **gesamte Alltag** im Hinblick auf eine drogenfreie Zukunft verantwortungsvoll gestaltet und reflektiert wird: Neben der Eigenreflexion geschieht dies vor allem im Kontakt mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten in Einzelgesprächen, Gruppen und im „Tagebuch“, einem täglichen schriftlichen Austausch zwischen Therapeut und Klient.
- Der verantwortungsvolle Umgang mit dem zur Verfügung stehenden eigenen Einkommen. Hierzu muss das Haushaltsbuch vollständig und korrekt geführt werden.
- Für Stabilisierungstherapieklanten sind die Ausgänge zu Beginn der Therapie noch nicht alleine und nicht abends möglich.

2. Der Umgang mit Anderen ist respektvoll und wertschätzend

Das heißt z. B.:

- Die Räume Anderer werden nur mit deren Zustimmung betreten.
- Die Schwächen und Stärken jedes Einzelnen werden respektiert, daher kann von jedem nur das gefordert werden, was er auch im Rahmen seiner Möglichkeiten und Grenzen leisten kann.
- Rücksicht auf Ängste und mögliche Gefahren für Mitklienten sollte selbstverständlich sein.

3. Nur in einer angenehmen Atmosphäre kann Therapie gelingen

Das heißt z. B.:

- Handys sind während Gruppen aus-, ansonsten im Haus stumm geschaltet.
- Besucher sind im Haus nur während der Anwesenheit von Teammitgliedern möglich; Wochenendbesuche müssen am Freitag angemeldet werden.

4. Die Therapie bei Kompass Direkt ist individuell

Das heißt z. B.:

- Das Behandlungskonzept richtet sich vor allem nach den individuellen Möglichkeiten, nicht vor allem nach „Gleichmacherei“.
- Heimfahrten, Ausgänge usw. werden im Einzelfall konkretisiert.