



KONZEPT

Kompass Drogenhilfe

Modultherapie

Federführung:

Kompass Direkt

Ahornerstr. 7

86154 Augsburg

Tel.: 0821/2075866-0

Fax: 0821/2075866-10

direkt@kompass-augsburg.de

www.kompass-augsburg.de

Stand: 09.02.2017

Inhaltlich verantwortlich: Holger Baumann

Inhalt

1	Vorbemerkung	4
2	Einführung	5
3	Allgemeines – Überblick	7
4	Besonderheiten der Modultherapie	9
5	Rehabilitationskonzept	12
5.1	Theoretische Grundlagen	12
5.1.1	Persönlichkeitsbild	12
5.1.2	Suchtverständnis	13
5.1.3	Rückfall	16
5.1.4	Kontext und Individualisierung	18
5.2	Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen	19
5.3	Rehabilitationsziele	20
5.4	Rehabilitationsdauer	21
5.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	22
5.6	Rehabilitationsprogramm	23
5.7	Rehabilitationselemente	24
5.7.1	Gesamtärztliche Verantwortung / Federführung	24
5.7.2	Aufnahmeverfahren	24
5.7.3	Rehabilitationsdiagnostik	24
5.7.4	Medizinische Therapie	25
5.7.5	Horizontale Module	25
5.7.6	Stationäre Therapiephasen	30
5.7.7	Ambulante Therapie	31
5.7.8	Therapielotsen	31
5.7.9	Rückfall- und Krisenmanagement	32
5.7.10	Beendigung der Modultherapie	33
6	Ambulante Therapie	34
6.1	Einrichtung	34
6.2	Indikationen	35
6.3	Zielsetzung	36
6.4	Planung und Taktung der ambulanten Einheiten	36

6.5	Rückfallmanagement während ambulanter Therapie	37
6.6	Beendigungskriterien	38
6.7	Personelle Ausstattung	38
6.8	Räumliche Gegebenheiten	38
7	Kooperation und Vernetzung	39
8	Maßnahmen der Qualitätssicherung	40
9	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	41
10	Notfallmanagement	41
11	Fortbildung	42
12	Supervision	42
	Anhang: Hausordnung / Therapievertrag der ambulanten Therapie	43
	Literatur	45

1 Vorbemerkung

Die Modultherapie war bis 31.12.2014 zunächst ein auf drei Jahre angelegtes Modellprojekt an dem neben der Kompass Drogenhilfe die Deutsche Rentenversicherung Schwaben, die Drogenhilfe Schwaben und der Lehrstuhl für Soziologie und Sozialkunde der Universität Augsburg beteiligt waren. Während der Modellphase wurde von der Uni Augsburg eine qualitative Forschung durchgeführt, bei der – mit einigen empfohlenen Ergänzungen – die Modultherapie als erfolgreiches Angebot im Wesentlichen bestätigt wurde.

Die Modultherapie stellt eine neue Form der Kombitherapie dar, wobei die Möglichkeiten zur aktiven Teilhabe und Selbstbestimmung der behandelten Rehabilitanden im Mittelpunkt steht. Der Verlauf der Modultherapie erlaubt eine flexible Therapieplanung und einen flexiblen Wechsel aus stationären, ambulanten und intensiv-ambulanten Elementen, sowie eine individuelle Anpassung der jeweiligen Therapieinhalte. Somit soll dem in der Regel chronischen und wenig linearen Verlauf der Suchterkrankung innerhalb eines einheitlichen Rehabilitationsangebots entsprochen werden.

Als stationäre Einrichtungen sind Kompass Kompakt, eine stationäre Kurzzeittherapieeinrichtung in Augsburg-Haunstetten, Kompass Hof, eine stationäre Langzeittherapieeinrichtung in Mindelheim, Kompass City, eine stationäre Einrichtung in der Augsburger Innenstadt und Kompass Direkt, eine Einrichtung zur Adaption und stationären Stabilisierungstherapie in Augsburg-Oberhausen beteiligt. Bei Kompass Direkt werden außerdem alle ambulanten Angebote durchgeführt. Die Lotsentätigkeit wird von der Drogenhilfe Schwaben durchgeführt. Kompass Direkt ist zudem die federführende Einrichtung der Modultherapie.

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

Die beteiligten Einrichtungen erbringen Leistungen im Rahmen der stationären, Kompass Direkt auch im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (§ 15 SGB VI i. V. mit § 26ff SGB IX) mit den in § 9 SGB VI beschriebenen Aufgaben. Die in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 (vgl.: DRV Bund 2013a), dem gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008 (vgl.: DRV Bund 2013b) und dem Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation (vgl.: DRV 2007) festgelegten Vorgaben liegen dem Konzept zu Grunde. In entsprechender mit dem federführenden Leistungsträger, der DRV Schwaben vereinbarter Abänderung wird die Behandlung nach dem Gemeinsamen Rahmenkonzept der DRV und GKV zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 durchgeführt (vgl.: DRV Bund 2014). Mit der vorliegenden Konzeption werden die Modultherapie insgesamt, sowie der ambulante Teil der Modultherapie beschrieben. Die stationären Angebote werden – mit Ausnahme der Besonderheiten der Modultherapie – im Rahmen der jeweiligen Konzeptionen der stationären Einrichtungen durchgeführt.

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 Einrichtungen nehmen an einem externen Qualitätssicherungsprogramm teil und sind nach den Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zertifiziert. Der ambulante Bereich wurde im Rahmen des Zertifizierungsaudits mit geprüft.

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

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

2 Einführung

Bereits 1992 stellte Uwe Zemlin auf dem Heidelberger Kongress des Fachverband Sucht fest, dass es einen „Trend zur Differenzierung von Behandlungsangeboten“ gibt, u. a. einen Trend zur „Differenzierung der Behandlungsdauer“ in dessen Folge die „... ambulante Behandlung von suchtkranken Patientinnen und Patienten verbessert und damit formal die ambulante Rehabilitation Suchtkranker der stationären Rehabilitation ...“ gleich gestellt wird (1993, S. 48).

Auf dem Bundesdrogenkongress 2000 wurde vermerkt, dass „der Bedarf an ambulanten und teilstationären Rehabilitationsangeboten und damit auch wohnortnaher Rehabilitation (...) schon allein aus Kostengründen in Zukunft deutlich zunehmen“ wird (Bossong 2000, S. 11). Wenn auch im Bereich illegaler Drogen häufig noch vorsichtig, so setzt sich der Trend zur Ambulantisierung und zum Angebot gemeindenaher Therapieformen kontinuierlich fort (vgl.: Sonntag & Tretter 2001).

Dabei hat sich der Zeitraum stationärer Entwöhnung in den letzten beiden Jahrzehnten wesentlich verkürzt, wodurch zusätzlich die Bedeutung weiterführender Behandlung notwendig wird. Denn es gilt zweifellos nach wie vor, dass auch der Zeitraum therapeutischer Hilfe einen bedeutenden Faktor für langfristige Abstinenz darstellt.

Insgesamt gehen wir davon aus, dass eine erfolgreiche Entwöhnung ohne stationäre Anteile nur in den seltensten Fällen gelingen kann, da im Sinne des Rehabilitationsziels „Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit“ nur im Rahmen einer intensiven und komplexen Betreuungsform mit ausreichend deutlichem Abstand zu Szene und Erreichbarkeit der Drogen die körperlichen und psychischen Erscheinungen und Begleiterscheinungen der Suchterkrankung behandelbar sind. Zugleich kann aber dieses Rehabilitationsziel nur dann erfolgreich erreicht werden, wenn familiäre, berufliche und soziale Integration gelingt. Diese wiederum erfordert neben dem stationären ein „... vielfältiges, an den spezifischen Lebensbedingungen ... angepasstes und leicht zugängliches Behandlungsangebot [das] eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglicht“ (Gerkens, Müller & Wimmer 2010, Bd. 2, 7.1 – 1).

So ist also davon auszugehen, dass eine stationäre Entwöhnung, sei sie auch noch so offen und „realitätsnah“, ohne ambulante Anschlussmaßnahme kaum Erfolg haben kann und eine ambulante Therapie ohne ausreichenden Abstand durch stationäre „Vorsorge“ nur in den seltensten Fällen ausreicht.

Auf dieser Basis wurden in den letzten Jahren verschiedene Modelle der „Kombitherapie“ entwickelt:

Unter diesem Begriff wird in der Suchtbehandlung in der Regel eine mehr oder weniger flexible Kombination aus stationären, teilstationären (ganztägig ambulanten) und ambulanten Behandlungsformen verstanden. Ziel ist es dabei die Angebote der Suchttherapie zu individualisieren und so den unterschiedlichen Bedürfnissen, Störungen und Behandlungsnotwendigkeiten besser zu entsprechen. Damit wird die Effektivität und letztlich auch die Wirtschaftlichkeit der Therapie gesteigert.

Bei den meisten Modellen zur Kombitherapie werden trägerintern oder trägerübergreifend Kooperationen und Übergaben geregelt. Die bekannte „Schnittstellenproblematik“, also die Schwierigkeiten von einem (meist stationären) System in ein (meist ambulantes) anderes überzutreten wird dadurch entschärft. Die betroffenen Rehabilitanden können dann diesen Übergang leichter und besser bewältigen und mit therapeutischer Hilfe an die Therapieerfolge nahtloser anknüpfen.

Daneben werden aber auch einige nahe liegende Schwierigkeiten beschrieben. So wird etwa ein hoher „... Arbeitsaufwand für kooperierende und koordinierende Tätigkeiten ...“ beschrieben (Tielking & Kuß 2001a, S. 41). In der Praxis kann den Anforderungen persönlicher Kooperationsgespräche, schon allein wegen der häufig größeren räumlichen Entfernung der stationären und ambulanten Einrichtungen, häufig nicht entsprochen werden (vgl.: ebd.)

Eine weitere wesentliche Schwierigkeit stellt die Notwendigkeit zur Erstellung träger- und einrichtungsübergreifender gemeinsamer therapeutischer Grundideen und Konzepte dar (vgl.: Tielking & Ratzke 2004).

Außerdem wird bei den benannten Modellen die bekannte Schwierigkeit der großen Anzahl von Behandlern nicht aufgelöst.

Die Notwendigkeit eines an den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen angepassten Therapieangebots – und eben nicht umgekehrt eine Anpassung der Person an die therapeutischen Angebote – erfordern eine Vielzahl möglicher „Kombinationen“, wobei die Entscheidung noch kaum auf evidenzbasierten Indikationskriterien erfolgen kann (vgl.: Havemann-Reinecke u. a. 2004).

Seit Einführung und Anwendungsverbretung des ICF sollte weniger das Netzwerk der Institutionen, sondern vor allem das Netzwerk der Rehabilitanden/innen berücksichtigt werden, die familiären, sozialen und kulturellen Kontextbedingungen, damit es „... gelingen [kann], dass die Komplexität menschlicher Lebensentwicklung überhaupt erklärbar und darstellbar werden kann und sie dann auch noch in Diagnose und Therapie erkennbar und behandelbar ist ...“ (Stachowske 2008, S. 111).

Letztlich muss auch eine konsequente Umsetzung des seit 2001 gültigen SGB IX die Selbstbestimmung der „Hilfempfänger“ stärker berücksichtigen. Dafür ist es notwendig, dass der Einrichtungsbezug einem Person- und Lebensweltbezug weicht. Dies kann nur gelingen, wenn die Hilfesysteme und letztlich auch die Kostenträger ihre Angebote flexibilisieren und nicht die „Kunden“ ihre Ansprüche an das Angebot anzupassen haben (vgl.: Kunze 2009, Rieker 2009).

Es gilt die Forderung der 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz, dass für alle Angebote im Bereich Teilhabeleistungen der individuelle Bedarf und das Recht auf Selbstbestimmung stärker berücksichtigt werden müssen (vgl.: ASMK 2010).

Mit der Modultherapie der Kompass Drogenhilfe wurde den bestehenden ein weiteres mittlerweile abgeschlossenes Modellprojekt hinzugefügt. Bei der Konzipierung des Modells wurde ein besonderer Wert darauf gelegt, dem erwähnten chronischen und nicht-linearen Verlauf der Suchtkrankheit in besonderer Weise zu entsprechen. Dabei galt und gilt es die Rehabilitationsangebote inhaltlich als auch im Ablauf an die Bedürfnisse und Notwendigkeiten des Behandlungsprozesses des einzelnen Rehabilitanden soweit wie möglich anzupassen. Dies entspricht weitreichenden Forderungen einer modernen Rehabilitation Abhängigkeitskranker auf der Basis des ICF.

Die Wirksamkeit der Modultherapie wurde mittlerweile gerade im Hinblick auf das eben Genannte nachgewiesen (vgl.: Schmid & Thoms 2015).

3 Allgemeines - Überblick

Für die Modultherapie wird eine durchgehende Kostenzusage für die gesamte Therapiedauer von 18 Monaten erteilt.

Darin enthalten ist eine **stationäre Phase** von maximal 22 Wochen (154 Tage) Dauer, wobei diese nicht in einem zusammenhängenden Zeitraum durchgeführt werden muss.

Während der **ambulanten Phase** sind innerhalb der gesamten Therapiedauer bis zu 120 Einheiten möglich. Die Therapiedauer von 18 Monaten bleibt auch bei kürzerem stationärem Anteil gleich. Hier kommen überwiegend Maßnahmen der Gruppen- und Einzeltherapie mit der Möglichkeit zur Einbeziehung von Partnern und Kindern zur Anwendung, wobei eine kurzfristige Intensivierung der Maßnahmen, sowie eine Intensivierung als therapeutische Krisenintervention möglich sind. Das Angebot wird in Bezug auf das allgemeine Rehabilitationsziel durch arbeitsbezogene Maßnahmen ergänzt. Entsprechend dem Rahmenkonzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation kommen außerdem „bei bestehendem Bedarf ... begleitend folgende Rehabilitationsleistungen in Betracht: medizinische Behandlung, sozialrechtliche Beratung, Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Gesundheitsbildung, Ergotherapie und Kreativtherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Ernährungsberatung“ (DRV Bund 2008, S. 22-23).

Durch die besonderen Möglichkeiten der ambulanten Behandlung und der Berücksichtigung der sozialen Kontextfaktoren kann der stationäre Anteil der Therapie gekürzt und die nachhaltige Wirksamkeit der Therapie gesteigert werden.

Die bewilligte Modultherapie kann mit einer stationären Phase beginnen und wird dann anschließend ambulant weiter geführt oder sie kann mit einer ambulanten Phase beginnen, wobei die ambulante Phase in beiden Fällen ggf. (z. B. bei notwendigen Kriseninterventionen) – bis zu einer maximalen Dauer stationärer Therapie von 22 Wochen – durch weitere stationäre Aufenthalte unterbrochen werden kann. Eine wechselseitige Umwandlung der stationären und ambulanten Einheiten im Verhältnis 1 stationärer Tag = 2 ambulante Einheiten ist – bis zum jeweiligen Maximum möglich.

Die Besonderheit der Maßnahme wird durch eine Finanzierung im Rahmen des persönlichen Budgets möglich. Dem Rehabilitanden steht außerdem ein Therapielotse der Drogenhilfe Schwaben zur Seite, der unter anderem als Budgetverwalter tätig ist.

Dabei gilt insgesamt eine Abrechnung der tatsächlich geleisteten Behandlungseinheiten, die im Idealfall geringer ausfallen werden – etwa durch kürzere stationäre Behandlung, durch das Ausbleiben notwendiger Krisenintervention oder durch eine zumindest partiell geringere Anzahl von ambulanten Einheiten. Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

Federführung: **Kompass Direkt** (stationäre und ambulante Therapie)
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

Einrichtungsleiter: Holger Baumann
Ärztlicher Leiter: Dr. Vladimir Hadek
IK-Nr.: 500 974 554

Weitere Einrichtungen: **Kompass Kompakt** (stationäre Therapie)
Bgm.-Rieger-Str. 4
86179 Augsburg
Tel.: 0821/80 86 5-0; Fax: 0821/80 86 5-30
e-mail: kompakt@kompass-augsburg.de

Einrichtungsleiterin: Dr. Milena Hadek
Ärztlicher Leiter: Dr. Vladimir Hadek
IK-Nr.: 500 972 164

Kompass Hof (stationäre Therapie)
Lohhof 1
87719 Mindelheim
Tel.: 08265/911 71-0; Fax: 08265/911 71-149
e-mail: hof@kompass-augsburg.de

Einrichtungsleiter: Ary Witte
Ärztliche Leiterin: Dr. Elfriede Bullinger
IK-Nr.: 510 974 406

Kompass City (stationäre Therapie)
Obstmarkt 5
86152 Augsburg
Tel.: 0821/508 38 31; Fax: 0821/508 38 37
e-mail: city@kompass-augsburg.de

Einrichtungsleiter: Georg Lachenmair
Ärztlicher Leiter: Johannes Soukop
IK-Nr.: 510 977 125

Träger: Kompass Drogenhilfe GmbH
Piccardstr. 15a
86159 Augsburg

Geschäftsführer: Fritz Schwarzbäcker

Leiter d. Modultherapie: Holger Baumann

Gesamtärztlicher Leiter: Dr. Vladimir Hadek

Kostenträger: DRV Schwaben (Federführung), Deutsche Rentenversicherungen

Erstellungsdatum: Februar 2017

Die Kompass Drogenhilfe GmbH ist eine Tochter der Augsburger Gesellschaft für Lehmbau, Bildung und Arbeit. Die Gemeinnützigkeit ist anerkannt. Neben Kompass Direkt, Kompass Kompakt, Kompass City und Kompass Hof ist die Kompass Drogenhilfe noch Träger folgender Einrichtungen:

Kompass Perspektive – Therapie auf dem Bauernhof in Mindelheim,

Kompass Impuls – medizinische Rehabilitation und heilpädagogisches Heim für Jugendliche in Ottobeuren

Kompass Nachsorge – Betreutes Wohnen in Augsburg

Kompass Soziotherapie Lohhof – Soziotherapeutische Einrichtung in Mindelheim

4 Besonderheiten der Modultherapie

Die Modultherapie ist eine veränderte Form der Kombitherapie, wobei die Wechsel von stationären und ambulanten Therapieeinheiten flexibel und dem individuellen Verlauf der Rehabilitation angepasst werden. Dabei steht nicht der institutionelle Wechsel von stationär zu ambulant im Vordergrund, sondern eine sich als Einheit mit stationärem und ambulanten Angebot verstehende Therapieform „aus einem Guss“ und unter durchgehend einheitlicher ärztlicher Leitung.

Während der Modellphase von 2012 bis 2014 wurde die Modultherapie in einer qualitativen wissenschaftlichen Begleitforschung der Uni Augsburg untersucht. Das Ergebnis dieser Untersuchung zeigte, dass die Modultherapie ein erfolgreiches alternatives Therapieangebot darstellt.

Dauer: bis zu 18 Monate Gesamttherapie

Stationäre Therapie: Bis zu 22 Wochen (154 Tage) stationäre Therapie können in den stationären Einrichtungen Kompass Kompakt, Kompass Hof, Kompass City oder Kompass Direkt durchgeführt werden. In diesem Zeitraum ist auch die Möglichkeit zur stationären Krisenintervention während der ambulanten Phase enthalten.

Ambulante Therapie: Bis zu 120 Einheiten ambulante Therapie können in der Einrichtung Kompass Direkt durchgeführt werden. Die ambulante Therapie wird somit in den Räumlichkeiten einer stationären Therapieeinrichtung durchgeführt, wodurch sich der Vorteil einer erhöhten Erreichbarkeit insbesondere in Krisensituationen ergibt. Neben den eigentlichen **Öffnungszeiten** der ambulanten Therapie an Werktagen von 8.00 bis 20.00 Uhr (wobei individuelle Terminvereinbarungen außerhalb der Zeiten möglich sind) ist damit im

Krisenfall auch eine Anbindung an die einrichtungseigene 24stündige Hintergrundbereitschaft, sowie an die ärztliche Hintergrundbereitschaft möglich.

Persönliches Budget: Die Kostenzusage für die Modultherapie erfolgt als Gutschein im Rahmen des persönlichen Budgets. Das persönliche Budget ist eine neue Form der Leistungsgewährung, die gesetzlich in § 17 Abs. 2 – 6 SGB IX für den Bereich der Rentenversicherungsträger i. V. m. § 13 SGB VI geregelt ist.

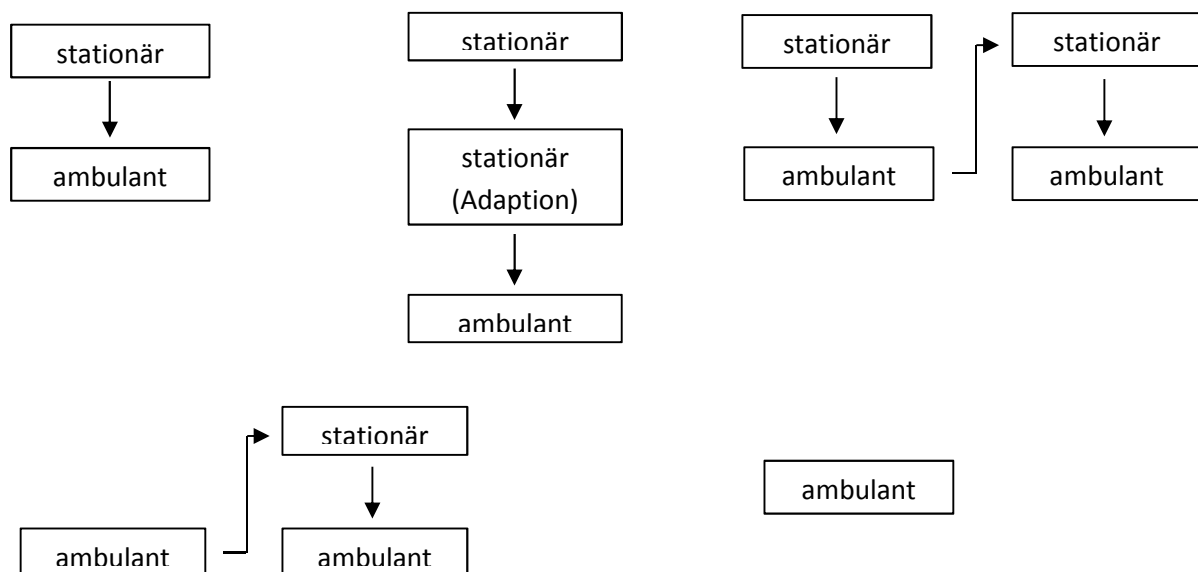
Die Grundideen des persönlichen Budgets lassen sich in „Selbstbestimmung und Teilhabe“, sowie „Wahlfreiheit der Maßnahme“ zusammenfassen.

Im Rahmen der Planung und Durchführung der Maßnahme hat somit der Rehabilitand in besonderer Weise nicht nur Mitspracherecht, sondern fungiert quasi als Auftraggeber („Kostenträger“). Dies erweitert die Rechte der Rehabilitanden in erheblichem Maß, was u. E. gerade im Suchtbereich – einem Bereich der klassisch häufig durch starke Bevormundung und Entmündigung der „Patienten“ negativ aufgefallen ist – zu einer wesentlichen Qualitätssteigerung beiträgt.

Durch die Zweckgebundenheit des persönlichen Budgets wird ein Leistungsmissbrauch – wie er etwa durch die Auszahlung des zur Verfügung stehenden Betrags an den Rehabilitanden selbst möglich wäre – verhindert. Die Abrechnung selbst erfolgt auch durch direkten Nachweis der erbrachten Leistungen an den Rentenversicherungsträger.

Therapielotse: Der Therapielotse ist ein externer bei der Drogenhilfe Schwaben angesiedelter Begleiter durch den gesamten Therapieprozess. Er stellt eine bedarfsorientierte Therapieplanung sicher und sorgt für einen verantwortungsvollen – an den Bedürfnissen der Rehabilitanden, sowie den Erfordernissen der Wirtschaftlichkeit angegliederten – Umgang mit dem persönlichen Budget. Außerdem wird durch ihn die Vernetzung der einzelnen Therapieeinrichtungen und –elemente gewährleistet. Die Lotsentätigkeit wird gesondert vergütet.

Der wissenschaftlichen Begleitforschung lagen einige unterschiedliche Abläufe zugrunde, die die Bandbreite der Modultherapie und die voraussichtlich auch das Machbare umfassen (vgl.: Schmidt & Thoms 2015):



Die Modultherapie insgesamt zeichnet sich somit durch folgende Besonderheiten aus:

- **Gemeindenähe:** Von Beginn der Therapie, spätestens mit Beginn der ambulanten Phase ist eine enge Einbindung von Familie und Angehörigen in den Therapieprozess möglich und erwünscht. Außerdem ist von Beginn der Therapie an eine enge Kooperation mit weiteren Leistungsträgern (Schuldnerberatung, Berufsberatung/-vermittlung etc.) möglich.

Dies ermöglicht insbesondere eine Behandlung von Rehabilitanden, die durch das „normale“ abstinenzorientierte Drogenhilfesystem nicht oder ungenügend erreicht werden, etwa durch die Notwendigkeit trotz der vorhandenen Krankheit die Sozialbeziehungen zu Kindern aufrecht zu erhalten oder durch die Notwendigkeit einen vorhandenen Arbeitsplatz nicht zu gefährden
- Die Kombination aus einem vergleichsweise kurzen stationären Aufenthalt und intensiver ambulanter Betreuung ermöglicht frühzeitige **Außenorientierung** bei ausreichenden Schutzmöglichkeiten. Durch die Möglichkeiten die stationäre Phase bei Kompass Hof oder Kompakt durchzuführen werden zugleich die in vielen Fällen notwendigen Erfordernisse einen **Schutzraum** und **Abstandsmöglichkeiten** zu gewährleisten erfüllt.
- **Lebensweltorientierung und Realitätsbezug:** Die Therapie lehnt sich an die komplexe Wirklichkeit der Sucht im sozialen Umfeld an. Dabei werden die klassischerweise sehr umfassenden und komplexen Möglichkeiten stationärer Therapie durch die tatsächliche und explizite Erweiterung der ambulanten Therapie auf alle relevanten Lebensbereiche ergänzt. Die Therapie kann damit insbesondere bei Auftreten von Schwierigkeiten schnell dort ansetzen, wo es erforderlich ist.
- **Modulare Therapie:** Die Angebote können in **individuell** unterschiedlicher Gewichtung auf die einzelnen Bedürfnisse und Erfordernisse hin ausgerichtet werden. Dadurch wird über die Übergänge ambulant-stationär hinaus eine **flexible** Behandlung möglich. Während der stationären Phase sind Elemente integrierbar, die klassischerweise erst nach der stationären Therapie erfolgen können. Während der ambulanten Phasen sind intensive und umfangreiche Betreuungs- und Beratungselemente möglich, die klassischerweise nur in stationären Therapien erfolgen können.
- **Intensität und Langfristigkeit:** Durch den zeit- und betreuungsintensiven ambulanten Teil kann eine langfristige Stabilisierung und Veränderung erreicht werden. Der Besonderheit einer chronischen Erkrankung mit allen damit verbundenen sozialen, emotionalen und lebenspraktischen Einschränkungen und der Notwendigkeit langfristiger und komplexer Behandlung wird damit in besonderer Weise entsprochen.
- Bei der Modultherapie können also insgesamt gesehen die jeweiligen Vorteile der stationären und ambulanten Therapie vereint und die jeweiligen Nachteile minimiert werden.

Eine Anerkennung zur Durchführung einer stationären Therapie im Rahmen von § 35 / 36 BtMG besteht. Eine Anerkennung zur Durchführung der ambulanten Therapie im Rahmen der Modultherapie nach § 35 BtMG wurde in Aussicht gestellt.

5 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 der Modultherapie insgesamt 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 Tiefenpsychologischen Therapien (vgl.: Rost 1987, Rost 2003) und der humanistischen Verfahren aufbaut.

Die wissenschaftlichen Grundlagen der einzelnen an der Modultherapie beteiligten Einrichtungen unterscheiden sich in ihrer Grundausrichtung nicht, wobei eine unterschiedliche Gewichtung der Sichtweisen vorhanden ist.

5.1 Theoretische Grundlagen

5.1.1 Persönlichkeitsbild

Zunächst muss der Einzelne in seiner Persönlichkeit als ein ethisches Phänomen betrachtet werden: In der neuzeitlichen europäischen Kultur erhält das Individuum selbstbezweckten Wert als autonome und zugleich soziale Einheit (vgl.: Dülmen 1997). Im Anschluss an diese Tradition ist die Grundlage und Voraussetzung für unsere Arbeit ein humanistisches Menschenbild. 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 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).

5.1.2 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.: Gerken, Müller & Wimmer 2010, Bd. I, S. 2.1 – 1 ff). In einem pragmatischen an der Alltagssprache angelehnten Sinn verstehen wir daher unter Sucht bzw. Abhängigkeit zunächst immer die stoffgebundene Abhängigkeit.

In Folge mehrerer Urteile des Bundessozialgerichts seit 1968 wurde stoffmittelbezogene Abhängigkeit als Krankheit anerkannt und damit letztlich die heute selbstverständliche Finanzierung der Drogentherapie durch das Sozialversicherungssystem ermöglicht. Von einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation muss „Sucht“ also 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. 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 süchtiges Verhalten kaum präzise als pathologisch von „normalem“ Verhalten abgrenzen. Letztlich ist der Übergang von gewohnheitsmäßigem Konsum zur Abhängigkeit fließend. Die Leitkriterien der Diagnosesystematiken orientieren sich daher vor allem an den negativen Konsequenzen (vgl.: Tretter & Müller 2001a). An dieser Stelle muss betont werden, dass

Drogensucht 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“ (Gerken, Müller & Wimmer 2010, 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 aufgespaltet (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 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 sind, 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

Nahezu jeder Konsum illegaler Drogen beginnt innerhalb der sozialen Gruppe Gleichaltriger, oder 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 z. B. mit der höheren Verfügbarkeit von harten Drogen in der Großstadt, in sozialen „Brennpunkten“, in Schulen in denen mehr Drogen konsumiert werden.

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). Durch soziale Zuschreibungsprozesse wird dies eher begünstigt.

Grundlage der Therapie muss daher das Verstehen der Kontexte, die zur Abhängigkeit geführt haben, sein. Aus diesem Verständnis heraus ist eine Orientierung an Ressourcen und Hilfestellung bei der konkreten Umsetzung drogenfreier, auch ungewöhnlicher Zukunftsperspektiven möglich.

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 Therapieeinrichtungen kann letztlich lediglich in jedem besonderen Fall der Einzelne begleitet werden, über das bloße Weglassen hinaus Neues zu finden.

Zugleich ergibt sich aber die Chance Fähigkeiten und Kompetenzen zu fördern. Wenn sich Sucht im sozialen Kontext entwickelt, so muss das Ziel der Therapie in diesem Sinne sein, den Rehabilitanden zu befähigen, neue soziale Zusammenhänge und Definitionen zu finden und sich selbst in einem neuen Zusammenhang anders zu erzählen.

5.1.3 Rückfall

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 abstinenzenorientierten 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“.

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).

Dabei steigen die Chancen auf langfristig erfolgreiche Abstinenz, wenn „...die Behandlungsbeendigung planmäßig erfolgt, die Behandlungsdauer über 16 Wochen betrug, sie freiwillig in Behandlung waren und eine eher kürzere Abhängigkeitsdauer bis maximal 10 Jahre aufweisen. Zudem sind die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht und ein eher niedrigeres Alter bei Behandlungsantritt eher prognostisch günstige Faktoren“ (Fischer u. a. 2007, S. 45f).

In jedem Fall ist 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.).

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).

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 Mitpatienten eine Entlassung aus dem stationären Setting notwendig ist, sollte eine geeignete Weiterbehandlung gewährleistet werden.

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 qualitativ hochwertige und intensive ambulante Weiterbehandlung letztlich die Chance alle sich aus der Rückfallforschung ergebenden Erfordernisse an eine Suchttherapie zu erfüllen. Dadurch kann nicht nur der Rehabilitand entlastet werden, sondern es ermöglicht auch den stationären Therapieeinrichtungen sich von dem Spagat zu befreien, zwischen der Erfordernis nach größtmöglicher Realitätsnähe und dem Erfordernis während stationärer Therapie einen guten und geeigneten Schutzraum für die anvertrauten Rehabilitanden zu bieten. Insbesondere stationäre Therapieangebote können dann ihr Angebot wieder mehr an den Anforderungen der Rehabilitanden orientieren, also das umsetzen, was eigentlich mit dem Begriff der „Individualisierung“ gemeint ist. Therapie definiert sich dann wieder primär an spezifischen und unterschiedlichen Inhalten und nicht primär an der Therapiedauer.

Durch eine notwendige Intensivierung ambulanter Betreuungsmöglichkeiten wird auch hier der Notwendigkeit die Behandlung an den individuellen Erfordernissen und Ansprüchen auszurichten tatsächlich entsprochen.

5.1.4 Kontext und Individualisierung

Unter „Netzwerk“ versteht man im Bereich professioneller Drogenhilfesysteme in der Regel die Vernetzung unterschiedlicher Institutionen. Bei der konkreten Hilfestellung sind dieser Vernetzung aus historisch entstandenen Gründen durch das gegliederte Sozialsystem Grenzen gesetzt. Letztlich richtet sich die Finanzierung und das Angebot des Drogenhilfesystems nach wie vor primär an institutionellen Vorgaben (vgl.: Kunze 2009).

Seit Einführung und Anwendungsverbreitung des ICF sollte dagegen weniger das Netzwerk der Institutionen, sondern vor allem das Netzwerk der Rehabilitanden/innen berücksichtigt werden, die familiären, sozialen und kulturellen Kontextbedingungen, damit es „... gelingen

[kann], dass die Komplexität menschlicher Lebensentwicklung überhaupt erklärbar und darstellbar werden kann und sie dann auch noch in Diagnose und Therapie erkennbar und behandelbar ist ...“ (Stachowske 2008, S. 111).

Letztlich muss auch eine konsequente Umsetzung des seit 2001 gültigen SGB IX die Selbstbestimmung der „Hilfempfänger“ stärker berücksichtigen. Dafür ist es notwendig, dass der Einrichtungsbezug einem Person- und Lebensweltbezug weicht. Dies kann nur gelingen, wenn die Hilfesysteme und letztlich auch die Kostenträger ihre Angebote flexibilisieren und nicht die „Kunden“ ihre Ansprüche an das Angebot anzupassen haben (vgl.: Kunze 2009, Rieker 2009).

Letztlich gilt die Forderung der 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz, dass für alle Angebote im Bereich Teilhabeleistungen der individuelle Bedarf und das Recht auf Selbstbestimmung stärker berücksichtigt werden müssen (vgl.: ASMK 2010).

5.2 Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen

Die Indikationskriterien verstehen sich in Anlehnung an die allgemeinen Indikationskriterien für ambulante, ganztägig ambulante oder stationäre Therapie als Orientierungsrichtlinie. So werden im Allgemeinen nicht alle, sondern nur einzelne der folgenden Indikationskriterien erfüllt.

a) Abhängige Männer und Frauen: ICD 10 F10 – F19

b) Die psychischen, körperlichen und sozialen Störungen sind so ausgeprägt, dass ein kurzer stationärer stabilisierender und motivierender Aufenthalt ausreichend erscheint. Im Bedarfsfall wird dies ärztlich begutachtet.

c) Stabilisierende soziale Anbindung ist vorhanden bzw. kann innerhalb kurzer Zeit wieder hergestellt werden – außer den unten genannten Kriterien z. B. auch durch Anbindung an einen drogenfreien Freundeskreis, Selbsthilfegruppen, Sport- und Freizeitkontakte.

d) Ein Arbeitsplatz ist vorhanden und kann erhalten werden oder die baldige Aufnahme und der Erhalt eines Arbeitsplatzes erscheinen realistisch.

e) Lebenspartner oder Angehörige können in den Therapieprozess integriert werden.

f) Eine Wohnung ist vorhanden oder eine stabile Wohnsituation kann innerhalb kurzer Zeit wieder hergestellt werden (auch im Rahmen von Betreutem Wohnen).

g) Vom aktuellen oder künftigen Lebensmittelpunkt aus kann das jeweilige Hilfsangebot innerhalb eines zumutbaren Aufwands mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden (Gemeindenähe).

h) Für Mütter/Väter: Die Betreuung der Kinder während der kurzen stationären Phase ist gewährleistet / die Notwendigkeit und Fähigkeit zur baldigen Wiederaufnahme von elterlicher Verantwortung ist gewährleistet.

i) Die regelmäßige abstinente und aktive Teilnahme an den therapeutischen Angeboten ist möglich bzw. kann nach einer Krisenintervention innerhalb kurzer Zeit wieder hergestellt werden.

j) Der Rehabilitand ist bereit und fähig abstinente zu leben bzw. nach Rückfälligkeit die Abstinenz zumindest zum Ende der Maßnahme hin nachhaltig zu erlangen.

Für die Entscheidung über die Art des Beginns der Modultherapie (ambulant oder stationär) ist neben dem begründeten Wunsch des Rehabilitanden vor allem die individuelle Ausprägung der Indikationskriterien relevant. Insbesondere bei stabiler beruflicher Situation, sowie stabiler sozialer Situation ist ein ambulanter Beginn möglich. Während bei Arbeitslosigkeit ohne Möglichkeit zum schnellen beruflichen (Wieder)einstieg und bei fehlenden bzw. weniger stabilen sozialen Beziehungen ein stationärer Beginn der Therapie zwingend notwendig ist.

Ein stationärer Beginn der Maßnahme wird außerdem dann deutlich empfohlen, wenn bereits vor Beginn der Rehabilitation fest steht, dass eine intensive sucht-/psychotherapeutische Behandlung zur nachhaltigen Stabilisierung notwendig ist. Dabei werden – sofern vorhanden – auch bisherige Therapieerfahrungen des Rehabilitanden mit berücksichtigt.

Kontraindikationen sind:

- a) Schwere Komorbidität (Psychosen, schwere Depressionen, stark ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen).
- b) Schwere körperliche Krankheiten und Folgeerscheinungen.
- c) Alkoholabhängigkeit als einzige Substanzabhängigkeit.

5.3 Rehabilitationsziele

Im Sinne der gesetzlichen Grundlagen der medizinischen Rehabilitation (§ 9 SGB VI) ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, sowie die Verhinderung dauerhafter Erwerbsunfähigkeit oberstes Ziel, dem sich alle anderen Therapieziele subsumieren.

Dabei wird das klassische lineare bio-psycho-soziale Krankheits- (und Gesundheits)modell mit der Einführung der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ auf die komplexe Situation und Lebenswirklichkeit der Rehabilitanden erweitert.

In Anwendung des ICF beziehen sich alle Rehabilitationsziele auf die „funktionale Gesundheit“:

„Eine Person ist *funktional gesund*, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und –strukturen).
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen).“ (DIMDI 2005, S. 4)

Bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen sind die Rehabilitationsziele beispielsweise:

- psychische Stabilisierung
- Verminderung von Depression und Angst
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Selbstwertgefühl
- Reduzierung körperlicher Krankheitssymptome
- Korrektur dysfunktionaler Kognitionsmuster

Bezogen auf Aktivitäten sind die Rehabilitationsziele beispielsweise:

- Erweiterung des Verhaltensrepertoires
- Verbesserung kommunikativer Kompetenzen
- Ausbau sozialer Kompetenzen
- Ausbau von Beziehungsfähigkeit
- Optimierung von Copingstrategien (Krankheitsbewältigung)

Bezogen auf die Teilhabe sind die Rehabilitationsziele beispielsweise:

- Verbesserung psychischer Unabhängigkeit
- soziale Integration
- Integration in ein Beschäftigungsverhältnis mit wirtschaftlicher Eigenständigkeit

Dabei beziehen sich alle Rehabilitationsziele auch auf die mikro- und makrosozialen Kontextfaktoren, wie Familie, Arbeitsplatz und Arbeitsumwelt, aber auch in Bezug auf gesellschaftliche Einstellungen, Normen etc.

Eine umfangreiche Zielsetzung auf der Basis der ICF erfordert damit – auf der Grundlage geeigneter Diagnoseerhebungen – ein komplexes Herunterbrechen abstrakter Fernziele auf die Ebene alltäglicher Handlungen. Dabei erhält der Rehabilitand selbst – entgegen dem „alten“ Krankheitsmodell – die wesentliche Rolle. D. h. die Zielformulierung erfolgt in einer für den Rehabilitanden verständlichen und überprüfbaren Form.

5.4 Rehabilitationsdauer

Die Rehabilitationsdauer für die gesamte Modultherapie beträgt maximal 18 Monate, wobei eine individuelle Verkürzung der Therapiedauer, sowie – mit Zustimmung des Kostenträgers – eine individuelle Verlängerung im Einzelfall möglich sind.

Darin enthalten ist eine stationäre Therapie von maximal 22 Wochen (154 Tage) Dauer, wobei diese weder zu Beginn der gesamten Rehabilitation, noch in einem „Stück“ erfolgen muss. Darin enthalten ist eine Gesamtzahl von 120 Einheiten ambulanter Rehabilitation. Bei der maximal möglichen Dauer von 18 Monaten ergibt sich somit eine Dauer von knapp 13 (bei Ausnutzung aller stationären Tage) bis 18 Monaten (ohne stationäre Therapie) für die ambulante Rehabilitationsphase. Dabei können stationäre und ambulante Einheiten jeweils gegenseitig umgewandelt werden (2 ambulante Einheiten = 1 stationärer Pflegetag).

5.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Grundlage und Vermittlungsvoraussetzung ist eine **prospektive Therapieplanung** bei der Therapieziele und Zeitpunkte der stationären und ambulanten Elemente, sowie die notwendigen Module geplant werden. Diese prospektive Therapieplanung wird bereits vor der Aufnahme von externen bzw. kooperierenden Beratungsstellen in Zusammenarbeit mit dem Therapielotsen und dem Rehabilitanden getroffen. Auf der Grundlage dieser Planung erfolgt die Aufnahme in der vorgeschlagenen Einrichtung bzw. Phase (stationär oder ambulant). In der Planung wird neben einer groben Zielformulierung für den gesamten Zeitraum, sowie für die jeweiligen Teilbereiche Art und Umfang der erforderlichen Hilfen festgelegt.

An Hand der prospektiven Therapieplanung erfolgt in einem Erstgespräch zu Beginn der Therapie die Zielplanung für die erste Therapiephase zwischen dem Rehabilitanden, dem Therapielotsen und dem behandelnden Bezugstherapeuten der Einrichtung.

Diese Zielsetzung wird bei jedem Wechsel einer Phase, bzw. bei längeren Phasen vierteljährlich überprüft und entsprechend angepasst. Dadurch kann eine dauernde Präzisierung bzw. Änderung der Therapieziele, eine bedarfsgerechte Anpassung der Module und Therapieinhalte und eine bedarfsgerechte Anpassung der Zeitplanung bzw. der notwendigen Einheiten erfolgen.

Bei der individuellen Rehabilitationsplanung wird das jeweilige Setting in besonderer Weise berücksichtigt:

Bei einer einleitenden stationären Phase wird an Hand der bisherigen Therapieerfahrungen, sowie an Hand der spezifischen Möglichkeiten der gewählten Einrichtung der therapeutische Schwerpunkt festgelegt. Dies ermöglicht eine Verschiebung von suchttherapeutischen – biographischen Methoden hin zu praxisorientierter Schwerpunktsetzung, etwa in den Bereichen Klärung sozialer Beziehungen, Klärung der beruflichen Situation, allgemeine physische und psychische Stabilisierung (z. B. durch Sportangebote, oder Arbeitstherapieangebote). Diese Verschiebung ist – im Unterschied zu einer „normalen“ Therapie möglich, weil eine intensivere therapeutische Bearbeitung in jedem Fall in der anschließenden ambulanten Phase möglich ist.

Bei der ambulanten Phase wird neben den suchttherapeutischen Zielsetzungen vor allem die jeweilige Situation des Rehabilitanden berücksichtigt. Die Zielformulierung erlaubt hier die Berücksichtigung von größerer Eigeninitiative des Rehabilitanden. Die Einbeziehung der Angehörigen in familientherapeutischen Gesprächen, sowie die Einbeziehung der praktischen Alltagserfahrungen in die Zielformulierung ist hier in besonderer Weise möglich.

Bei stationärem Kriseninterventionsaufenthalt orientiert sich die Zielsetzung vor allem daran, welche Maßnahmen notwendig und geeignet sind, um eine schnelle und nachhaltige Stabilisierung zu erreichen.

Durch die enge Kooperation der beteiligten Einrichtungen sowie die Koordination durch die Therapielotsin ist es möglich, dass die Therapie „aus einem Guss“ durchgehend geplant und durchgeführt werden kann.

5.6 Rehabilitationsprogramm

Während der stationären Phasen der Modultherapie richtet sich das Rehabilitationsprogramm nach den Angeboten der Einrichtungen, wobei das vorhandene Angebot den individuellen Bedürfnissen des jeweiligen Rehabilitanden entsprechend angepasst wird.

Insgesamt verstehen wir die Modultherapie als eine durchgehende Therapie mit stationären und ambulanten Therapiebausteinen.

a) Einführung

In der ersten aufnehmenden Einrichtung wird die Anamnese erstellt, werden diagnostische Daten erhoben und erfolgt die medizinische Eingangsuntersuchung, sowie die Zielformulierung für die aktuelle Phase, sowie für die Therapie insgesamt. Diese eingehenden Untersuchungen können von allen beteiligten stationären und ambulanten Einrichtungen durchgeführt werden und werden für die folgenden Phasen übernommen.

b) Durchführung

Die Durchführung der Therapie erfolgt in individueller Anpassung des vorhandenen Therapieprogramms an die jeweilige Besonderheit. Für die stationären Phasen werden diese in den jeweiligen Einrichtungskonzeptionen behandelt.

Für die ambulante Therapie gilt die individuelle Anpassung des therapeutischen Angebots in besonderer Weise. Die ambulante Therapie versteht sich als schwerpunktmäßig einzeltherapeutisches Angebot mit flankierenden Gruppenangeboten und unterscheidet sich so deutlich von anderen ambulanten Therapieangeboten im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Nur dadurch ist eine intensive therapeutische Unterstützung möglich, die die Verkürzung der stationären Phase ermöglicht und ermöglicht, dass während stationärer Therapie häufig theoretisch vorbereitende Themen nun als alltagsbegleitend der tatsächlichen Lebenswirklichkeit der Rehabilitanden näher durchgeführt werden können.

Alle Leistungen werden von Mitarbeitern mit therapeutischer Zusatzausbildung bzw. fachärztlicher Qualifikation übernommen. Die schwerpunktmäßigen suchttherapeutischen Einzelgespräche werden von einem jedem Rehabilitanden zugeordneten „Bezugstherapeuten“ mit einer fest vereinbarten Urlaubsvertretung übernommen.

Einzel- und Familien-/Paargespräche mit jeweils 50 Minuten Sitzungsdauer werden je nach Therapieplan in individueller Frequenz (in der Regel einmal wöchentlich) durchgeführt, wobei eine Steigerung der Frequenz im Bedarfsfall, sowie eine Reduzierung der Frequenz – etwa bei ausschleichender Therapie zur Erprobung, besonderer beruflicher Situation (Schichtarbeit), oder Urlaub möglich ist.

Gruppentherapeutische Gespräche mit jeweils 100 Minuten Dauer werden einmal wöchentlich angeboten, wobei die Teilnahmefrequenz insbesondere in Abhängigkeit von der beruflichen Situation individuell vereinbart wird.

Durch die bei der ambulanten Phase der Modultherapie in besonderer Weise mögliche Abweichung der Standardtaktfrequenz kann dem in der Regel chronischen Verlauf der Suchterkrankung in besonderer Weise entsprochen werden. Dabei bleibt der Realitätsbezug erhalten.

c) Schlussphase

In dieser Phase werden die Therapieziele letztmalig reflektiert und ggf. konkrete Schritte für eine nachsorgende Weiterbehandlung eingeleitet. Nach der Entlassung erfolgt die Berichterstattung an die DRV über den gesamten Therapiezeitraum durch Kompass Direkt, wobei hier die Anamnese und Eingangsuntersuchungen der erstaufnehmenden Einrichtung, sowie die Berichtsverläufe der verschiedenen Therapiephasen zusammen geführt werden. In den Bericht wird außerdem ein Verlaufsbericht des Therapielotsen mit aufgenommen.

5.7 Rehabilitationselemente

Die hier beschriebenen Rehabilitationselemente sind für die beteiligten Einrichtungen übereinstimmend, um ein gemeinsames und primär an den Bedürfnissen der Rehabilitanden orientiertes Rehabilitationsverfahren „aus einem Guss“ zu ermöglichen. Im Detail werden diese bei den jeweiligen Rehabilitationskonzepten der Einrichtung beschrieben.

5.7.1 Gesamtärztliche Leitung / Federführung

Alle Elemente der Modultherapie stehen unter einheitlicher gesamtärztlicher Leitung, sowie unter einheitlicher federführender Leitung. Somit ist gewährleistet, dass der medizinische, der therapeutische und der organisatorische Ablauf und Übergang den Ansprüchen einer einheitlichen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme entspricht.

Als Facharzt ist der gesamtärztliche Leiter für die Durchführung von Visiten, fachärztliche Aufnahmeuntersuchungen, die Planung und Durchführung der Rehabilitation in allen beteiligten Einrichtungen leitend bzw. operativ verantwortlich.

5.7.2 Aufnahmeverfahren

Das Aufnahmeverfahren richtet sich nach den Bedingungen der jeweiligen Einrichtung. Die Vorgaben für die Aufnahme werden in allen stationären Einrichtungen, sowie in der ambulanten Einrichtung eingehalten.

Während der Aufnahme in die ambulante Phase wird in jedem Fall darüber hinaus in einem Eingangsgespräch der Verlauf der ambulanten Rehabilitation und die einzuhaltenden Regeln – insbesondere auch die während des Aufenthalts in den Räumen der stationären Einrichtung einzuhaltenden besonderen Regeln – erläutert, sowie ein schriftlicher Therapievertrag abgeschlossen. Am Aufnahmetag werden dem Rehabilitanden die für die ambulante Rehabilitation vorhandenen Räumlichkeiten gezeigt.

5.7.3 Rehabilitationsdiagnostik

Die erforderlichen diagnostischen Erhebungen werden in der erstaufnehmenden Einrichtung durchgeführt. Die Möglichkeiten zur psychiatrischen und psychologischen Diagnostik und Testung sind in allen Einrichtungen gegeben.

In allen Einrichtungen ist eine Vorstellung im multiprofessionellen Team und regelmäßige Fallbesprechung selbstverständlich.

Durch die durchgehende Berichterstattung und das zu Beginn jeder Phase durchgeführte Übergabegespräch wird eine zeitnahe Anpassung von Befunderhebungen und Daten möglich.

5.7.4 Medizinische Therapie

Die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen und Visiten werden sowohl während der stationären, als auch während der ambulanten Phase(n) durchgeführt.

Alle Einrichtungen haben neben dem Einrichtungsleiter einen (gesamt)ärztlichen Leiter, der für regelmäßige Fallbesprechungen, sowie im Rahmen seiner Hintergrundbereitschaft zur Verfügung steht. Während der ambulanten Phase ist es die Aufgabe des ärztlichen Leiters in besonderer Weise die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Fachärzten zu gewährleisten.

5.7.5 Horizontale Module

Die Modultherapie ist in besonderer Weise als eine durchgängige Therapieform zu verstehen und weniger als eine Abfolge unterschiedlicher Therapien in unterschiedlichem Setting. Durch die Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen innerhalb der selben Trägerschaft sowie durch die Koordinationsaufgaben der Therapielotsen entstehen hier – neben den in den Einrichtungen jeweils unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen – Synergieeffekte. So können die folgenden für alle Einrichtungen geltenden horizontalen Modulangebote bezogen auf die individuellen Zielsetzungen bei allen Zielsetzungs- und Zwischenzielsetzungsgesprächen bereits für folgende „vertikale Module“ in einer anderen Einrichtung mit einbezogen werden.

a) Psychotherapie

Bei den psychotherapeutisch bzw. suchttherapeutisch 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.

Die Therapie erstreckt sich als Einzel-, Kleingruppen- und Gruppentherapie über den gesamten Verlauf der Therapie entweder in Personalunion (d. h. derselbe Therapeut übernimmt die Behandlung während des gesamten Therapieprozesses) oder in engem

Kooperationsverbund. Damit werden die Vorteile der stationären Therapie – mit allen Möglichkeiten intensive Beziehungsnähe herzustellen – und der ambulanten Therapie – mit allen Möglichkeiten zur langfristigen Begleitung – kombiniert.

Der Schwerpunkt der **Einzel- und Kleingruppentherapie** ist durchgängig die ressourcenorientierte – jeweils schulenspezifische und schulenübergreifende – suchtspezifische Behandlung unter Einbeziehung komorbider Störungen und der besonderen psychosozialen Situation und der Erfahrungs-/Lebenshintergründe abhängiger Rehabilitanden.

Schwerpunkt der (Groß)Gruppentherapie ist während der stationären Phase die Psychoedukation und Möglichkeit zur Alltagsreflexion. Die Berücksichtigung gruppenspezifischer Prozesse erfolgt reaktiv, d. h. die Möglichkeiten sind vor allem im Konfliktfall gegeben, werden aber – auf Grund der kurzen stationären Phase – nicht vordergründig therapeutisch nutzbar gemacht.

Während der gesamten Therapie ist zudem **Krisenintervention** als psychotherapeutische Intensivmaßnahme sowie durch kurze Wiederaufnahme in das stationäre Setting möglich. Dabei kann ein Therapeutenwechsel häufig sogar ganz vermieden werden, bzw. ist die enge Anbindung und Kooperation beider zuständiger Therapeuten mit dem Rehabilitanden möglich.

Die oben genannten allgemeinen Wirkfaktoren bilden für die ambulante (sowie stationäre) 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.

Die therapeutische Behandlung erfolgt auf der Grundlage eines so genannten Bezugstherapeutensystems: Zu Beginn der Therapie wird dem Rehabilitanden ein ihn während der gesamten Therapie begleitender therapeutischer Mitarbeiter, sowie ein diesen während Urlaub oder Krankheit vertretender therapeutischer Mitarbeiter zugewiesen.

Der Bereich beinhaltet im Einzelnen:

a) **Einzelgespräche:** Einzelgespräche werden vom zuständigen Bezugstherapeuten bzw. dessen Vertreter entsprechend dem individuellen Therapieplan und der individuell vereinbarten Therapiefrequenz geführt. Die Termine für Einzelgespräche werden gemeinsam mit dem Rehabilitanden in den Zeiten werktags zwischen 8 und 20 Uhr vereinbart.

b) **Gruppenangebote:** Gruppenangebote werden von einem therapeutischen Mitarbeiter und ggf. einem Cotherapeuten geleitet. In der Regel sind diese suchtttherapeutisch orientiert, wobei in regelmäßigen Abständen edukative Gruppen in den Bereichen Rückfallprävention, Situation am Arbeitsplatz – Bewerbung – Berufsfindung, Schulden, sowie zu sich aus den jeweils aktuell mehrere Rehabilitanden betreffenden Problemlagen durchgeführt werden.

Die Gruppen werden einmal wöchentlich um 18 Uhr durchgeführt, um im Normalfall eine regelmäßige oder häufige Teilnahme in Abhängigkeit der individuellen Berufssituation zu ermöglichen.

b) Angehörigenarbeit / Familientherapie

Die Abhängigkeit illegaler Drogen entsteht mehr noch als alle anderen psychischen Erkrankungen in einem deutlichen sozialen Kontext. Bei erwachsenen Drogenabhängigen

erhält die Qualität der Paar- und familiären Beziehung eine besondere Bedeutung für die Aufrechterhaltung oder Heilungschancen. Nicht selten sind / waren die Partner selbst suchtkrank. Untersuchungen deuten darauf hin, dass eine über die normale Angehörigenberatung hinaus gehende Einbeziehung von Familie und Partner als echte Familientherapie mit besonders großen Erfolgchancen verbunden ist (vgl.: von Sydow u. a. 2010).

Neben der in allen Einrichtungen gegebenen Möglichkeit zur Angehörigenberatung bzw. zu Angehörigengesprächen besteht in diesem Sinne bei der ambulanten Modultherapie das Angebot zu Paar- und Familientherapie. Bei Bedarf kann diese von einem anderen Therapeuten durchgeführt werden, als die Einzeltherapie. Das Angebot der Paar- und Familientherapie beinhaltet dabei die Interaktionen der beteiligten Partner im Kontext der Suchterkrankung. D. h. bei diesem therapeutischen Angebot wird voraussetzend angenommen, dass der eigentliche suchterkrankte Rehabilitand der so genannte Indexpatient ist.

c) Sozialberatung / Schuldnerberatung

Sozialberatung ist teilweise innerhalb der Einrichtungen ansiedelbar, aber auch eine Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Schuldnerberatung) kann vor allem durch den Therapielotsen gewährleistet werden.

Insbesondere im Bereich der Schuldnerberatung wird durch die den gesamten Therapiezeitraum überdauernde Begleitung echte finanzielle Sanierung der teilweise hoch verschuldeten Rehabilitanden möglich. Dies ist vor allem auch deshalb zwingend nötig, weil die Höhe der Schulden und die durch Rückzahlungsvereinbarungen häufig langfristige Notwendigkeit zur finanziellen Einschränkung, meist mit massivem Suchtdruck und Rückfallgefahren verbunden sind.

In jedem Fall kann bereits mit der prospektiven Therapieplanung und der Eingangszielsetzung, spätestens aber mit den regelmäßigen Therapiezielüberprüfungen festgelegt werden, welche Beratungsform notwendig ist. So kann beispielsweise schon mit Beginn der stationären Therapie eine externe Schuldnerberatungsstelle integriert werden, oder eine Betreuung durch die Berater der ambulanten Phase bereits hier erfolgen, sofern dies notwendig und sinnvoll erscheint.

Alle beteiligten Einrichtungen haben einen Sozialdienst mit entsprechenden Angeboten.

Eine Besonderheit der ambulanten Modultherapie ist, dass durch die hohe Anzahl der zur Verfügung stehenden ambulanten Einheiten gerade der Bereich praktischer Unterstützung und Hilfe im Alltag ausgebaut werden kann. Dies ist insofern ein besonders wichtiger Bereich innerhalb der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter, weil bei dieser Zielgruppe in der Regel die sozialen Lebensbedingungen in allen Facetten in einem besonders engen Zusammenhang zur Suchterkrankung bzw. zur Möglichkeit der Heilung stehen.

Innerhalb der ambulanten Einrichtung werden 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. Diese können der individuellen Zielsetzung entsprechend als begleitende Leistungen angeboten werden.

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 ambulanten Therapie ist das primäre Ziel die Bestandsaufnahme der bestehenden Schulden, wozu auch das Ordnen der vorhandenen Unterlagen gehört. In einem zweiten Schritt kann unter Berücksichtigung der finanziellen bzw. beruflichen Situation 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.

d) Berufliche Orientierung der Rehabilitation

Die möglichst nachhaltige „Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit“ ist das zentrale Ziel der medizinischen Rehabilitation und letztlich der Grund dafür, dass die Rentenversicherungen und nicht die Krankenkassen Hauptkostenträger dieser sind. Dieses Ziel stellt sich zunächst aus zwei Blickwinkeln dar: Zum einen ist eine medizinische Rehabilitation im Falle der Suchterkrankung notwendig, weil ohne ausreichende psychische Stabilität die langfristige Abstinenzfähigkeit nicht gewährleistet werden kann und ohne Abstinenz in der Regel die Möglichkeiten zur Aktivität und Teilhabe so eingeschränkt sind, dass eine Erwerbsfähigkeit nicht gewährleistet werden kann. Gerade bei Drogenabhängigen ist zum anderen aber auch meist der konkrete berufliche Werdegang so brüchig, dass über die psychische Stabilisierung hinaus besondere berufliche Integrationsmaßnahmen notwendig werden. Sofern diese Integration gelingt, ist außerdem die Rückfallgefahr wesentlich geringer. Psychische Stabilisierung und berufliche Wiedereingliederung bedingen sich damit wechselseitig. Anders ausgedrückt: ein psychisch in langfristiger Therapie stabilisierter Rehabilitand ohne berufliche Perspektive ist in erhöhtem Maße rückfallgefährdet; dies betrifft ebenso den beruflich integrierten aber nicht psychisch stabilisierten Rehabilitanden.

Die Bandbreite der Drogenabhängigen reicht vom Langzeitarbeitslosen ohne Schulabschluss bis zum selbständigen Akademiker.

Um eine langfristige berufliche Wiedereingliederung zu gewährleisten müssen auf die jeweilige Situation des Einzelnen zugeschnittene Maßnahmen auf verschiedenen „Integrations Ebenen“ angeboten werden:

a) Auf der „untersten“ Ebene geht es für eine große Anzahl der Rehabilitanden darum innerhalb eines geschützten Rahmens überhaupt Tätigkeit als positive Bereicherung erleben

zu können und eigene Fähigkeiten wahrzunehmen, um daraus Motivation zu erlangen. Diese Grundlagen werden im Rahmen der klassischen Ergo- und Arbeitstherapie gelegt.

b) Im weiteren Schritt geht es vielfach darum, die eigenen Fähigkeiten und Interessen konkret berufsbezogen auszuprobieren.

c) In diesem Zusammenhang gilt es auch eine realistische Selbsteinschätzung der Rehabilitanden bezogen auf berufliche Perspektiven und Möglichkeiten (einschließlich der Verdienstmöglichkeiten) zu erreichen. Dazu gehört auch die Evaluation potentieller kurzfristiger (und in vielen Fällen langfristiger) beruflicher Tätigkeitsmöglichkeiten.

d) Darüber hinaus geht es in vielen Fällen in Verbindung mit dem Beginn von schulischen oder beruflichen Ausbildungsmaßnahmen darum, eine langfristige berufliche Perspektive zu erhalten.

e) Zuletzt ist schließlich die langfristige berufliche Integration notwendig.

An der Schnittstelle zwischen „c“ und „d“, spätestens zu „e“ endet die Möglichkeit der klassischen stationären Therapie, einschließlich der Adaptionsphase. Gerade in diesen Bereichen sind aber – so zeigen die Biographien rückfälliger Rehabilitanden – häufig mit die größten Schwierigkeiten der Rehabilitanden nach Therapie festzustellen.

Mit Ausnahme der während der stationären Phase alltagsstrukturierenden „Arbeits-/Ergotherapie“ kann die gesamte Berufsberatung und –vermittlung auch außerhalb der stationären Einrichtung angesiedelt werden.

Schwerpunkte sind:

- Profiling
- gezielte Berufsberatung
- Bewerbungstraining und Verbesserung der beruflichen Kompetenzen
- Arbeitsvermittlung
- Praktikumsvermittlung zur Belastungserprobung
- Vermittlung und Anbahnung von Ausbildungsmöglichkeiten (erster und zweiter Arbeitsmarkt)
- Erschließung möglicher Finanzierungswege – speziell auf die Möglichkeiten drogenabhängiger, rehabilitationsbedürftiger Rehabilitanden.

Der Beginn von Arbeit, Ausbildung, Chancen verbessernden Kursen bzw. die Fortführung bestehender beruflicher Tätigkeit ist zeitweise zumindest in Einzelfällen bereits während der stationären „Phasen“, auf jeden Fall durchgängig während ambulanter „Phasen“ möglich und wird als wesentlicher Bestandteil der Therapie verstanden. Dabei ist in jedem Fall eine intensive Zusammenarbeit mit den Betrieben möglich.

Diesem Bereich wird damit über den gesamten Therapiezeitraum eine besonders hohe, zentrale Bedeutung für die erfolgreiche Wiederherstellung abstinenter und selbstverantwortlicher Lebens- und Erwerbsfähigkeit zugesprochen.

Zu Beginn der Modultherapie wird eine ausführliche Berufsanamnese durchgeführt. Dabei wird der individuelle Zusammenhang zwischen der eigenen Abhängigkeitserkrankung und der Arbeitsbiographie erfasst.

Basierend auf der beruflichen Ausbildung, dem momentanen beruflichen Ist-Stand und einer Selbsteinschätzung des Rehabilitanden hinsichtlich seiner Stärken und Schwächen wird die berufliche Zielsetzung konkretisiert. Basis für die handlungsorientierte Konkretisierung ist die berufliche Zielformulierung, die im Vorfeld mit dem Lotsen stattfindet.

Defizite, gegebenenfalls besondere berufliche Problemlagen und Ressourcen werden anschließend im multiprofessionellen Team besprochen um eine Komplementierung und Abgleichung mit anderen Zielen zu erreichen. Zudem kann dadurch eine zeitliche Priorisierung vorgenommen werden.

Wie im stationären Rahmen stehen den ambulanten Rehabilitanden Angebote wie das Bewerbungstraining und die Nutzung der Computer und des Kopier- und Scangeräts für Arbeitssuche und Bewerbungsschreiben zur Verfügung.

Unter Berücksichtigung der Selbstmanagementfähigkeit des Rehabilitanden werden in den Einzelgesprächen Handlungsziele vereinbart und/oder der Rehabilitand über seine Möglichkeiten informiert. Ein weiteres Angebot ist die unterstützende Kontaktaufnahme mit dem Arbeitsamt/Jobcenter, um etwaige Finanzierungsmöglichkeiten für Weiterbildungen zu eruieren.

Im Rahmen der ambulanten Gruppenstruktur werden arbeitsbezogene Themen ebenfalls aufgegriffen. Dabei wird ein Austausch auf Gruppenebene über suchtspezifische Arbeitsthemen gefördert und potentielle Rückfallrisiken durch eine bestehende Arbeitsbelastung thematisiert

5.7.6 Stationäre Therapiephasen

Die stationäre(n) Phase(n) bzw. Kriseninterventionsaufenthalte der Modultherapie können – quasi als ein vertikales Modul bzw. vertikale Module – bei Kompass Kompakt, Kompass Hof, Kompass Direkt oder Kompass City durchgeführt werden.

Kompass Kompakt in Augsburg-Haunstetten bietet insbesondere für instabile und unsichere, stark rückfallgefährdete Rehabilitanden die Möglichkeit einer intensiven an den Maßgaben der therapeutischen Gemeinschaft orientierten Therapie, die sich durch eine besonders stärkende Strukturierung des Alltags auszeichnet. Ein ausgeprägtes professionelles Sportangebot dient zudem der schnellen körperlichen Stabilisierung und Wiederherstellung körperlicher Leistungsfähigkeit.

Kompass Hof In Mindelheim bietet die Möglichkeit einer stark erwerbsbezogenen zugleich aber ländlichen Therapieprägung. Insbesondere Rehabilitanden, die sich eine räumliche Nähe zur eigenen Drogenszene während der stationären Phase nicht zutrauen, können hier ihre Therapie „fern der Heimat“ durchführen.

Kompass Direkt in Augsburg-Oberhausen bietet die Möglichkeit einer stationären Therapie mit stark außenorientiertem Charakter. Dies bietet sich insbesondere für Rehabilitanden an, die auf Grund früherer Therapieerfahrungen keine Schwierigkeiten während der stationären Phasen hatten, aber während anschließender Realitätsnähe scheiterten.

Kompass City in der Innenstadt Augsburgs bietet die Möglichkeit den Schutzraum einer Kerntherapieeinrichtung mit innerstädtischen Berufs- und Freizeitangeboten zu verknüpfen.

Die stationäre Therapie wird über die als gemeinsam geltenden „horizontalen Module“ (siehe 5.7.4) hinaus nach den jeweils vorhandenen Konzepten der beteiligten Einrichtungen

(einschließlich der Beschreibung der personellen Ausstattung und der Einrichtungsräumlichkeiten) durchgeführt. In allen Konzepten ist eine ausreichend individuelle Behandlung verankert, so dass den Besonderheiten der Modultherapie auch hier entsprochen werden kann.

5.7.7 Ambulante Therapie

Die ambulante Therapie der Modultherapie wird bei Kompass Direkt durchgeführt und in Punkt 6 ausführlicher erläutert.

5.7.8 Therapielotsen

Ein zentraler Aspekt der Therapie ist der Therapielotse. Dieser ist unabhängig oder zumindest teilweise unabhängig von den sonstigen Angeboten als zentrale Figur zugleich Koordinator des Gesamtprozesses, als auch organisatorischer Ansprechpartner des Rehabilitanden.

Auch um die Unabhängigkeit für die Rehabilitanden zu verdeutlichen ist dieser extern angesiedelt.

Die Grundlage bilden die Modelle des „Case-Management“. Dies ist eine einzelfallbezogene Handlungsform durch die die vorhandenen Angebote koordiniert, die Zusammenarbeit gewährleistet und die Hilfemöglichkeiten abgestimmt werden. Handlungsleitend ist dabei der konkrete Unterstützungsbedarf des Einzelnen, wozu die direkte und konkrete Beteiligung des Rehabilitanden unabdingbar ist.

Sowohl in der vertikalen, als auch in der hier vorgestellten horizontalen Therapieform sind zwangsläufig viele unterschiedliche Fachkräfte und Systeme in den Behandlungsablauf integriert. Dies führt häufig zu erheblichen Orientierungsschwierigkeiten bei den Rehabilitanden, sowie zu Koordinierungsschwierigkeiten bei den unterschiedlichen Angeboten. Innerhalb des Drogenhilfesystems werden diese Orientierungsschwierigkeiten besonders deutlich: Einerseits ist eine sehr große Anzahl an unterschiedlichen Helferpersonen mit unterschiedlichsten Professionen und Behandlungsansätzen notwendig. Andererseits haben die Rehabilitanden aus verschiedenen Gründen sehr häufig großes Misstrauen gegenüber anderen Menschen bzw. dem Behandlungssystem, insbesondere wenn die Therapie in einem Zwangskontext (also überwiegend extrinsisch motiviert) stattfindet.

Die koordinierende, überwachende und den Rehabilitanden unterstützende Funktion des Therapielotsen trägt in erheblichem Maß zur Professionalisierung der Angebote und zur Akzeptanz der Rehabilitanden bei. Damit wird außerdem auch die häufig aus verwaltungstechnischen Gründen schwierige Umsetzung von individualisiertem Therapieverlauf ermöglicht.

Die konkreten Aufgaben des Lotsen sind:

- Bindeglied zwischen den einzelnen Phasen im Sinne eines Case-Managers der Übergänge.
- Schaffung des organisatorischen Rahmens und der formalen Steuerung, Budgetverwaltung, Umwandlung von Einheiten, Planung Therapieablauf, Dokumentation der Zielplanungsgespräche und Versendung dieser an die Beteiligten,

- Erstellung von Entlassberichten (Punkt: Koordination durch den Lotsen), Änderung (Anpassung des Behandlungsmodells, Kontrolle und Überprüfung der Zielerreichung.
- Konstante im Netzwerk des Rehabilitanden: Vernetzungspartner für andere Beteiligte im Hilfenetzwerk des Rehabilitanden, wie bspw. Bewährungshilfe, Schuldnerberatung, Beschäftigungsprojekt, Arbeitgeber etc.
 - In Krisensituationen: Neutraler Ansprechpartner für Rehabilitand und Bezugstherapeut, Umplanung der Therapie

5.7.9 Rückfall- und Krisenmanagement

Die gesamte Modultherapie basiert auf der Erkenntnis, dass die Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter nicht linear verläuft bzw. verlaufen kann. Rückfälle sind im Rahmen im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene stationäre Rehabilitation die Regel, nicht die Ausnahme. Dies gilt selbstverständlich auch für die Modultherapie. Der Rückfall kann demnach nicht als Versagen, oder Hinweis auf mangelnde Motivation oder Fähigkeit, sondern muss als Bestandteil der Krankheit verstanden werden.

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.

Sowohl ein Rückfall, als auch eine andere Form der Krise haben in der Regel zur Folge, dass der ursprünglich gesetzte Therapieplan nicht bzw. nicht mehr in vollem Umfang umgesetzt werden kann. Eine Einbindung des Therapielotsen in die weitere Planung ist somit selbstverständlich. Ein Rückfall während der stationären Phas(n) kann grundsätzlich entweder eine Verlängerung der stationären Phase (bis zur Gesamtzahl von 22 Wochen) oder eine Querverlegung in eine andere der beteiligten stationären Einrichtungen zur Folge haben. Sofern eine Entlassung aus dem stationären Setting zum Schutz der Einrichtung und der Gruppe notwendig ist und der Verlauf dies zulässt ist auch eine ambulante Weiterbehandlung möglich. Hier gilt es den Rehabilitanden gerade in Situationen psychischer Extrembelastung ein intensiveres Behandlungsangebot zu machen, anstatt die Therapie abubrechen.

Während der ambulanten Phase bestehen je nach Art des Rückfalls bzw. der Krise folgende Möglichkeiten (abgesehen von einer interkurrenten Entgiftung bei Bedarf):

- Nutzung des vorher gesetzten Therapieumfangs, insbesondere dann, wenn eine Dramatisierung des Rückfalls kontraindiziert ist und wenn ein Verbleib in den beruflichen Strukturen nur diese Lösung zulässt
- Erweiterung des ambulanten Angebots beispielsweise mit täglichen Einzelgesprächen
- Unterbrechung der ambulanten Phase durch eine Kriseninterventionsaufnahme in einer der zur Verfügung stehenden stationären Therapieeinrichtung

In jedem Falle werden sowohl die fachlichen Einschätzungen der beteiligten therapeutischen und beraterischen Mitarbeiter, als auch die bisherigen Erfahrungen des Rehabilitanden mit

Rückfällen und „dem was hilft“ berücksichtigt. Letztlich ist für die weitere Planung nach Rückfall oder Krise vor allem entscheidend, ob dem Wunsch des Rehabilitanden aus professioneller Sicht entsprochen werden kann.

5.7.10 Beendigung der Modultherapie

Die Modultherapie insgesamt endet in der Regel während der (abschließenden) ambulanten Phase, wobei in Einzelfällen, etwa bei auftretenden Krisensituationen zum Ende der Therapie hin, auch eine (reguläre) Entlassung während einer stationären Abschlussphase möglich ist. Bei Beendigung der Modultherapie wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden, dem Therapielotsen und dem letzten zuständigen Bezugstherapeuten eine Überprüfung und Bewertung der Gesamtzielsetzung im Hinblick auf den Therapieerfolg vorgenommen.

In jedem Fall wird im abschließenden Teil die Notwendigkeit einer weiterführenden Nachsorge, insbesondere die Anbindung an Selbsthilfegruppen thematisiert. Gegebenenfalls können zur weiteren Stabilisierung Nachsorgeleistungen oder weitere Maßnahmen eingeleitet werden.

Zumindest während der ambulanten Phase wird zum Ende der Therapie hin – sofern möglich – eine Verringerung der Therapietaktung angestrebt, um eine noch höhere Selbständigkeit auszuprobieren und den Rehabilitanden so auf das Ende der Therapie vorzubereiten.

Eine vorzeitige Entlassung aus der Therapie erfolgt, sofern die Motivation des Rehabilitanden zur Weiterführung der Therapie nicht mehr wiederherstellbar ist, etwa bei fortdauernder Rückfälligkeit, fehlender Bereitschaft zur Durchführung einer Entgiftung, fehlender Bereitschaft Termine einzuhalten etc. Die Therapie wird außerdem vorzeitig beendet, wenn insbesondere zum Ende der Therapie hin massive Rückfälligkeit auftritt, die nicht mehr in kurzer Zeit behandelbar ist.

Mit (regulärem) Ende der Therapie erfolgt eine Entlassuntersuchung durch den jeweiligen behandelnden Arzt bzw. Facharzt der abschließenden Einrichtung, in der Regel durch Kompass Direkt.

Der Freitext- Entlassbericht wird von Kompass Direkt als federführender Einrichtung, in der Regel vom behandelnden Bezugstherapeuten der abschließenden ambulanten Phase, aus den vorhandenen Teilen der jeweils beteiligten Einrichtungen (Anamnese, Diagnostiken, Verläufe) zusammengeführt und abschließend erstellt.

Jeder Wechsel von einer Einrichtung zu einer anderen bzw. einer Phase zu einer anderen wird der DRV umgehend mitgeteilt. In diesen Fällen werden innerhalb der vorgegebenen zwei Wochen-Frist die Formulareile des Entlassberichts einschließlich der jeweiligen KTL-Einheiten an die DRV übermittelt. Im abschließenden Entlassbericht werden die Formularblätter des Entlassberichts über den abschließenden Teil, sowie die KTL-Einheiten der letzten abschließenden Phase, sowie die KTL-Einheiten des Therapielotsen über den gesamten Zeitraum der Modultherapie an die DRV übermittelt.

6 Ambulante Therapie

Der Rahmen des persönlichen Budgets ermöglicht durch die Verfügbarkeit unterschiedlicher stationärer und ambulanter Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen weitreichende Flexibilität bei der inhaltlichen und zeitlichen Gestaltung und Abfolge des Behandlungsverlaufs. Als wichtiges Element des modularen Aufbaus der gesamten Rehabilitation zeichnet sich der im Therapieverbund bei Kompass Direkt durchgeführte ambulante Teil der Rehabilitation in Art und Umfang besonders aus.

Der ärztliche Gesamtleiter der Modultherapie ist als ärztlicher Leiter der ambulanten Therapie auch operativ in den Ablauf integriert und verantwortlich.

Der Leiter von Kompass Direkt ist zugleich federführend als Leiter der Modultherapie für die konzeptionelle Ausgestaltung und den organisatorischen sowie therapeutischen Gesamtprozess verantwortlich.

6.1 Einrichtung

Kompass Direkt befindet sich in Augsburg-Oberhausen. Augsburg ist mit ca. 280.000 Einwohnern die drittgrößte Stadt und mit ca. 630.000 Einwohnern der drittgrößte Ballungsraum Bayerns. Die Einrichtung verfügt über eine sehr gute öffentliche Verkehrsanbindung, so dass für ambulante Rehabilitanden eine gute Erreichbarkeit gewährleistet ist. 2014 betrug die Arbeitslosenquote der Stadt Augsburg im Durchschnitt 6,6 % und des Landkreises Augsburg weit unter 4 %. In unmittelbarer Nähe der Einrichtung sind ausreichend öffentliche (unentgeltlich) Parkplätze vorhanden.

Die ambulante Rehabilitation als Bestandteil der Modultherapie ist in die stationäre Einrichtung Kompass Direkt integriert. Für den ambulanten Bereich arbeitet Kompass Direkt im Therapieverbund mit dem ambulanten Zentrum von Kompass City.

Die ambulanten Leistungen werden im Rahmen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 (vgl.: DRV Bund 2013a) des gemeinsamen Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008 (vgl.: DRV Bund 2013b) und dem Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation (vgl.: DRV 2007) erbracht.

In entsprechender mit dem federführenden Leistungsträger, der DRV Schwaben, vereinbarter Abänderung wird die Behandlung nach dem Gemeinsamen Rahmenkonzept der DRV und GKV zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 durchgeführt (vgl.: DRV Bund 2014).

Das Konzept der ambulanten Therapie 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.

Zielgruppe: volljährige männliche und weibliche Abhängige illegaler Drogen aus dem Großraum Augsburg für die eine Modultherapie bewilligt wurde

Anzahl der Behandlungsplätze: 10

Dauer der Behandlung:	Bis zu 120 ambulante Einheiten zuzüglich im Bedarfsfall in ambulant umgewandelte stationäre Einheiten (154 Tage, im Verhältnis 1:2) innerhalb eines Zeitraums von 18 Monaten (ggf. einschließlich stationärer Therapiephase/n)
Besonderheit:	Die Kostenzusage für die Modultherapie insgesamt erfolgt als persönliches Budget
Öffnungszeiten:	Die Einrichtung ist für ambulante Rehabilitanden Werktags zwischen 8.00 und 20.00 Uhr geöffnet. Individuelle Terminvereinbarungen außerhalb dieses Zeitraums sind bei Bedarf möglich. Außerhalb dieses Zeitraums ist die Anbindung an die einrichtungseigene 24stündigen Kriseninterventionshintergrundbereitschaft möglich.

Für die ambulante Behandlung sind in der stationären Einrichtung großzügige Gruppentherapie- und Einzeltherapieräume vorhanden. Die ambulante Behandlung wird organisatorisch, räumlich, zeitlich und inhaltlich von der stationären Behandlung getrennt. Die zur Durchführung ambulanter Therapie (einschließlich der Gespräche mit Angehörigen) notwendigen Räume (neben Therapieräumen etwa auch zur Durchführung von Urinkontrollen Raum zur Durchführung ärztlicher Leistungen) und apparative Notfallausstattung (Notfallkoffer, Defibrillator, Notfallliegemöglichkeit) sind vorhanden.

Die ambulanten Rehabilitanden können bei Bedarf außerdem die auch stationären Rehabilitanden zugänglichen Computer, etwa zur Stellensuche im Internet, nutzen.

Eine Anerkennung zur Durchführung einer stationären Therapie im Rahmen von § 35 / 36 BtMG besteht. Eine Anerkennung zur Durchführung der ambulanten Therapie im Rahmen der Modultherapie nach § 35 BtMG wurde in Aussicht gestellt.

6.2 Indikationen

Die Indikationen für die ambulante Phase(n) der Modultherapie richten sich nach den für die gesamte Modultherapie festgelegten Indikationen (siehe 5.2).

In der Regel ist eine überwiegend stabile soziale Situation und Wohnsituation die Voraussetzung für den Wechsel von einer stationären zur ambulanten Phase. Die Möglichkeiten und Fähigkeiten zur abstinenter Lebensweise und die persönlichen Voraussetzungen für den Beginn einer beruflichen Tätigkeit sollten gegeben sein, so dass auch arbeitsbezogene Maßnahmen in den ambulanten Behandlungsprozess einbezogen werden können. Die Rehabilitationsziele sind durch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen mit der Integration von Alltagserfahrungen und größerer Nähe zur Lebensrealität zu erreichen.

Die Intensität und Dauer der ambulanten Phase – innerhalb des zeitlichen Rahmens der Modultherapie – ergibt sich aus dem individuellen Bedarf, den Zielen, der Vorbehandlung und dem aktuellen Stand der Entwicklung des Rehabilitanden. Bei Bedarf (z. B. auftretende Krisen und möglicherweise Rückfällen) kann eine vorübergehende Rückverlegung in eine stationäre Einrichtung erfolgen.

6.3 Zielsetzung

Die Zielsetzung der ambulanten Therapie orientiert sich zunächst an der Gesamtzielsetzung der Modultherapie sowie an den generellen Zielsetzungen für ambulante Rehabilitation, die damit richtungsweisend für das therapeutische Bemühen sind. Die Zielsetzung vorhergehender Therapieeinheiten (sofern vorhanden) wird zu Beginn der ambulanten Therapie überprüft. Dadurch kann die vorhergehende Zielsetzung bestätigt oder gegebenenfalls ergänzt, korrigiert oder erweitert werden. Sie wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden, dem zuständigen Therapeuten der ambulanten Therapie und dem Lotsen in der Regel vierteljährlich überprüft und angepasst.

Während der ambulanten Phase(n) der Modultherapie liegt der Schwerpunkt der Zielsetzungen zunächst auf der therapeutischen Begleitung alltagsrelevanter Problemstellungen. Im Unterschied zu stationären Hilfe werden hier mögliche auftretende Schwierigkeiten nicht prospektiv vorweggenommen, sondern können aus den tatsächlichen Alltagserfahrungen des Rehabilitanden abgeleitet werden.

Dabei ist bei der ambulanten Modultherapie auch eine längerfristige biographisch-suchtttherapeutische Arbeit – ggf. in Fortführung der stationären Therapie – und so eine vergleichsweise intensivere Behandlung möglich. Zugleich ist insbesondere im Krisenfall eine Intensivierung der therapeutischen Bemühungen möglich. Außerdem können im Falle vorübergehend fehlender Motivation und Mitarbeit Versuche durchgeführt werden, eine erneute Behandlungs- und Abstinenzmotivation zu erreichen. Dadurch kann der – auch bei vorübergehenden Unterbrechungen der Therapie vorhandene – bisherige Therapieerfolg besser erhalten werden.

Der Lotsentätigkeit kommt bei der Festlegung der Therapieziele sowie der Überwachung der Zielsetzung eine besondere Rolle zu. Als fachkompetenter Partner des Rehabilitanden kann er überprüfen, ob die angebotenen Maßnahmen, sowie die festgelegte Taktung der Maßnahmen geeignet und angemessen sind, sowie gegebenenfalls andere Hilfeformen bzw. Hilfen durch andere geeignete Stellen einleiten.

Insbesondere bei einer krisenhaften Entwicklung werden die geeigneten Maßnahmen (Erhöhung der Therapietaktung, vorübergehende Pausen, Einleitung von Entgiftung etc.) durch den Lotsen eingeleitet.

6.4 Planung und Taktung der ambulanten Einheiten

Die ambulante Therapie ist als Bestandteil der gesamten Modultherapie, nicht als isolierte Therapieform zu betrachten, wenngleich sie in Einzelfällen auch als alleinige Phase einer Modultherapie auftreten kann.

In der Modultherapie werden eine Verkürzung der stationären Therapie sowie ein flexibler Verlauf der Modultherapie insgesamt und der ambulante(n) Phase(n) in besonderer Weise möglich. Dem individuellen Rehabilitationsplan entsprechend ist so eine frühzeitige Orientierung an Arbeits- und sozialer Integration möglich. Nach der regelmäßigen (in der Regel vierteljährlichen) gemeinsamen Präzisierung und Überprüfung der Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung der aktuellen Situation des Rehabilitanden werden Inhalte und Taktung der notwendigen Leistungen festgelegt. Der einzelne Rehabilitand findet so keinen starren institutionellen Rahmen vor, sondern kann dem individuellen Rehabilitationsbedarf entsprechende Unterstützung erhalten.

Während der ambulanten Modultherapie können bis zu drei ambulante Einheiten täglich durchgeführt werden, wobei diese Anzahl bei notwendigen Kriseninterventionen auch mehrmals wöchentlich bis zu maximal 5 aufeinander folgenden Tagen möglich ist. Dieses Vorgehen ist eine Besonderheit, die insbesondere den Verbleib in der medizinischen Rehabilitation im Krisenfall ermöglichen soll, bzw. dem Postulat „ambulant vor stationär“ entsprechend dazu beitragen kann, dass – vor allem bei Vorhandensein einer festen beruflichen Tätigkeit – eine stationäre Wiederaufnahme mit der Gefahr eines Arbeitsplatzverlustes verhindert werden wird.

Als Standard beinhaltet eine ambulante Therapie eine psycho-/suchttherapeutische Gruppensitzung (100 Minuten) und ein psycho-/suchttherapeutisches Einzelgespräch (50 Minuten) wöchentlich, sowie indikationsspezifische familientherapeutische Gespräche (50 Minuten). Der Zielsetzung entsprechend sind zusätzliche beruflich orientierte Angebote, sowie eventuell notwendige psycho-/suchttherapeutische Kriseninterventionsgespräche oder auch begleitende Beratungsgespräche (siehe oben) möglich.

Als Gruppen werden während der ambulanten Therapie sowohl suchttherapeutische, als auch auf die jeweils aktuelle Situation hin ausgerichtete themenzentrierte bzw. psychoedukative Gruppen (Umgang mit Arbeitslosigkeit, Rückfallprophylaxetraining etc.) angeboten. In Einzelfällen ist auch die gemeinsame Durchführung von Indikativgruppen gemeinsam mit Teilnehmern aus den sonstigen Angeboten von Direkt möglich.

Das ambulante Angebot lässt sich in besonderer Weise an den individuellen, aktuellen Therapiebedarf anpassen. Die übliche Angebotsflexibilität einer stationären Einrichtung wird somit auf den ambulanten Teil ausgeweitet. Dadurch entsteht die Möglichkeit üblicherweise während stationärer Therapie durchgeführte Angebote während ambulanter Therapie durchzuführen. Somit kann nicht nur die Dauer stationärer Therapie gekürzt werden, sondern vor allem können sich die Angebote besser an der konkreten Lebenswirklichkeit der Rehabilitanden orientieren.

Auf Grund des langen Therapiezeitraums kann der Standard aber auch verringert werden, etwa, wenn eine Gruppenteilnahme auf Grund der beruflichen Situation (Schichtarbeit etc.) nicht möglich ist, oder ein längerer „unbetreuter“ Zeitraum zur Übung vereinbart wurde.

Die Taktung der Therapieeinheiten wird in jedem Fall im vierteljährlichen Zielsetzungsgespräch gemeinsam mit dem Therapielotsen festgelegt. Eine Abweichung von der Taktung findet somit ausschließlich bei notwendiger Krisenintervention oder auf ausdrücklichen Wunsch des Rehabilitanden in besonderen Fällen statt.

6.5 Rückfallmanagement während ambulanter Therapie

Die Dauer und flexible Form der Gesamttherapie, sowie die Anzahl der zur Verfügung stehenden ambulanten Einheiten lässt es zu, dass im Falle eines Rückfalls in besonderem Maße individuell verfahren werden kann.

Es besteht zum einen die Möglichkeit, dass eine Intensivierung der ambulanten einzeltherapeutischen Maßnahmen erfolgt (vor allem dann, wenn ein bestehender Arbeitsplatz nicht gefährdet werden sollte), ggf. ergänzt durch begleitende Maßnahmen, wodurch die sozialen Kontextfaktoren und die individuelle Arbeitssituation mit Bestandteil der Rückfallarbeit werden. Zum anderen besteht die Möglichkeit einer sofortigen Aufnahme in einer der an der Modultherapie beteiligten stationären Einrichtungen.

6.6 Beendigungskriterien

Die reguläre Beendigung der Modultherapie insgesamt findet in der Regel während der ambulanten Rehabilitation statt – wobei auch eine Beendigung mit einer abschließenden stationären Phase möglich ist. Von der Beendigung der ambulanten Rehabilitation ist die Unterbrechung durch stationäre Aufnahme zu unterscheiden.

Die ambulante Rehabilitation endet, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind.

Die ambulante Rehabilitation wird nicht regulär beendet, wenn:

- Die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm nicht regelmäßig erfolgt
- Die Mitarbeit nicht tragfähig und ausreichend ist
- Eine Rückfallarbeit durch Leugnung nicht möglich ist
- Anhaltende Rückfälligkeit besteht und eine ausreichende Motivation für eine schnelle Wiederaufnahme der Therapie nicht besteht
- Eine andere Behandlungsform angezeigt ist

und

- Ein zeitnahe Wechsel in die stationäre Therapie nicht möglich ist bzw. auch dadurch die Therapieziele nicht mehr erreicht werden können.

Sofern bei regulärer Beendigung der Gesamttherapie ein Bedarf für weitere Unterstützung besteht – etwa durch eine zum Ende der Therapie hin veränderte Situation – können Nachsorgeleistungen bzw. weitere Maßnahmen eingeleitet werden.

6.7 Personelle Ausstattung

Für den ambulanten Teil der Modultherapie sind tätig:

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie als ärztlicher Leiter und gesamtärztlicher Leiter
- Diplom-Pädagoge mit therapeutischer Zusatzqualifikation, Einrichtungsleiter und Leiter der Modultherapie
- Diplom-Pädagogin mit therapeutischer Zusatzqualifikation, stellvertretende Einrichtungsleitung
- Diplom-Psychologe mit therapeutischer Zusatzqualifikation
- Sozialpädagogin B.A. in Ausbildung zur therapeutischen Zusatzqualifikation

6.8 Räumliche Gegebenheiten

Der ambulante Teil der Modultherapie wird innerhalb der stationären Einrichtung Kompass Direkt durchgeführt. Für die Maßnahmen, die in der ambulanten Phase zur Anwendung kommen, werden die Gruppen- und Therapieräume der stationären Einrichtung von Kompass Direkt genutzt. Im Rahmen von Indikativen Gruppen kann es in Einzelfällen zu gemeinsamen Gruppensitzungen mit Rehabilitanden aus der stationären Phase der Modultherapie, aber auch mit Rehabilitanden der Adaption und/oder Stabilisierungstherapie kommen. Es ist eine deutliche Abtrennung der Therapieräume von den Wohnräumen der Rehabilitanden der stationären Therapie gegeben. Auch die technische/kommunikative

Ausstattung von Kompass Direkt kann für die Rehabilitanden der ambulanten Phase der Modultherapie genutzt werden.

Für die Durchführung der Gruppen stehen folgende Räume zur Verfügung:

- Gruppenraum mit ca. 60 m²
- Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit und Liege ca. 18 m²
- Ausreichend Büro- und Teamräume mit jeweils 10 bis 23 m², die als Einzeltherapieräume genutzt werden und entsprechend ausgestattet sind
- 1 gemeinsame Toilette nahe beim Gruppenraum
- Räume zur Durchführung von Urinkontrollen
- Außerdem kann ein PC-Raum mit 2 Computern mit Internetzugang (23 m²) der stationären Therapieeinrichtung bei Bedarf (z. B. Wohnungssuche, Arbeitssuche) mit genutzt werden

Die erforderliche Notfallausstattung (Defibrillator, Notfallkoffer etc.) ist vorhanden

7 Kooperation und Vernetzung

Über den Träger sind die beteiligten Einrichtungen Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) im Fachverband Drogen und Suchtmittel e. V. (FDR) und im Bundesverband stationärer Suchttherapieeinrichtungen e. V. (buss).

Alle Einrichtungen sind in übergeordneten regionalen und überregionalen Arbeitskreisen vertreten.

Konzeptgemäß besteht eine besonderes enge Kooperation mit den Therapielotsen der Drogenhilfe Schwaben e. V.,

Kooperationen bestehen zu:

- Allen weiteren trägereigenen Partnereinrichtungen (siehe oben)
- Den Gesellschaften der Augsburger Lehmbaugruppe: BBZ (Berufliches Bildungszentrum), Lan4You (Netzwerkbetreuung und Facility-Management), SIA (Sozialpädagogisches Institut Augsburg)
- Drogenhilfe Schwaben mit regelmäßigem fachlichem Austausch
- Anderen stationären Einrichtungen in Deutschland
- Ambulanten Einrichtungen, Nachsorgeeinrichtungen und Beratungsstellen vorwiegend im gesamten süddeutschen Raum
- Einem Arzt für Allgemeinmedizin
- Niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten

8 Maßnahmen der Qualitätssicherung

In § 20 SGB IX wird die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems gefordert, durch das festgelegt wird, dass stationäre 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. Dies gilt somit auch für alle an der Modultherapie beteiligten Einrichtungen. Seit Februar 2012 sind die beteiligten Einrichtungen für den jeweiligen stationären Bereich nach QMS Reha, dem von der DRV Bund herausgegebenen und von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkannten Qualitätsmanagementverfahren, zertifiziert. Im Januar 2015 wurden die Einrichtungen re-zertifiziert. Dabei wurden bei Kompass Direkt auf Grund der besonders engen Verbindung der Angebote auch die Abläufe der ambulanten Therapie mit auditiert. Eine weitere Re-Zertifizierung erfolgt künftig alle drei Jahre.

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

Für die Umsetzung der Qualitätsstandards, sowie die Anleitung der Mitarbeiter sind entsprechend ausgebildete Qualitätsmanagementbeauftragte bestellt.

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

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

Das Qualitätsmanagementverfahren wird in allen Mitarbeitern zugänglichen Handbüchern 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 stationären Einrichtungen erfolgt über das für den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation entwickelte Programm PATFAK.

Die Dokumentation und Verwaltung der ambulanten Rehabilitanden erfolgt über das für den Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation entwickelte Programm PATFAK-Light.

Die Einrichtungen nehmen am Verfahren des Peer Review teil. Zudem ist der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie von Kompass Direkt und Kompass Kompakt selbst Peer Review-Prüfer und überprüft die Entlassberichte der Einrichtungen einmal jährlich in Stichproben und leitet Optimierungen ein.

9 Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die Kommunikationsstruktur gilt für alle dem Träger angeschlossenen Therapieeinrichtungen und in besonderem Maße für die wechselseitige Kommunikation der an der Modultherapie beteiligten Einrichtungen.

- Die konzeptionellen Besonderheiten der Modultherapie werden in regelmäßigen gemeinsamen Sitzungen mit den Leitern der beteiligten Einrichtungen, sowie der Geschäftsführung weiter entwickelt.
- Die konzeptionellen Besonderheiten der Modultherapie werden in regelmäßigen Teamsitzungen gemeinsam mit den beteiligten Mitarbeitern der Drogenhilfe Schwaben erörtert
- Die Entwicklung der Einrichtungen 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.
- Für den ambulanten Bereich werden einmal wöchentlich Fallkonferenzen, sowie einmal wöchentlich organisatorische Besprechungen durchgeführt. In regelmäßigen Abständen nimmt der ärztliche Leiter an den Fallkonferenzen teil.
- Alle weiteren Dokumentations- und Besprechungsstrukturen der Einrichtungen werden auch für die Modultherapie genutzt.

10 Notfallmanagement

Die jeweils vorgeschriebenen Beauftragten (Sicherheitsbeauftragter, Ersthelfer, Brandschutzhelfer, Datenschutzbeauftragter usw.) sind im Organigramm aller beteiligten Einrichtungen, in den Tabellen 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 in allen Einrichtungen 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.

Für notwendige Kriseninterventionen und Notfälle ist in den stationären Einrichtungen eine 24stündige Betreuung gewährleistet. Für den stationären und ambulanten Bereich hält Kompass Direkt rund um die Uhr (24 Stunden) ein Rufbereitschaftssystem vor. Die Telefonnummer wird jedem Rehabilitanden durch eine Notfallkarte (für Unterwegs) und jederzeit zugänglichem Aushang mitgeteilt. Diese Möglichkeit steht auch den ambulanten Rehabilitanden der Einrichtung 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 jeweiligen Einrichtung, der Modultherapie und auf die Anforderungen der einschlägigen Vorschriften und Vereinbarungen Bezug genommen.

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

Innerhalb der Einrichtungen 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

In den stationären Einrichtungen werden regelmäßig Supervisionen durchgeführt.

Bei Kompass Direkt wird eine regelmäßige Supervision alle 6 bis 8 Wochen mit einer Dauer von jeweils 2 Stunden von einem externen, entsprechend ausgebildeten Supervisor durchgeführt. Diese steht grundsätzlich auch den nicht direkt an der Modultherapie beteiligten Mitarbeitern (Verwaltung, Praktikanten etc.) offen.

Außerdem werden durch die fachlichen Leitungen der Einrichtungen, sowie psychotherapeutisch geschulten Mitarbeiter regelmäßige Fallsupervisionen im Rahmen der wöchentlichen Teams durchgeführt.

Mit den Rehabilitanden wird folgender Behandlungsvertrag abgeschlossen:

Behandlungsvertrag

zwischen

Kompass Direkt

und

wird für die Dauer der Therapie folgender Vertrag geschlossen:

Die Mitarbeiter von Kompass Direkt **verpflichten sich**, 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. Die Angebote orientieren sich an Deinen **individuellen Zielsetzungen**.

Um eine erfolgreiche Therapie gewährleisten zu können ist es notwendig, dass Du folgendes beachtest:

- 1. Keine Drogen und Alkohol:** Der Verzicht auf Drogen und Alkohol ist selbstverständlich Bestandteil einer Therapie. Sofern Du rückfällig geworden bist, ist es notwendig, dass Du dies den Mitarbeitern umgehend mitteilst. Bitte beachte auch, dass unter bestimmten Umständen auch die Einnahme von bestimmten **Medikamenten** wie ein Rückfall zu bewerten ist.
- 2. Respektvoller Umgang:** Ein respektvoller Umgang mit den Mitarbeitern und Mit Klienten ist selbstverständlich. Hierzu gehört auch, dass Du berücksichtigst, dass Kompass Direkt ein alkohol- und drogenfreier Ort ist. Sofern Du rückfällig geworden bist, beschränkt sich die Erlaubnis zum Aufenthalt in der Einrichtung auf die Büros der Mitarbeiter. Selbstverständlich wird erwartet, dass Du Dich zu keiner Zeit so äußerst oder verhältst, dass die Therapie bzw. Abstinenz anderer Klienten gefährdet wird.
- 3. Offenheit und aktive Mitarbeit:** In jedem Fall ist es wichtig, dass Du uns gegenüber offen und ehrlich bist, sowie aktiv mitarbeitest.

4. **Rahmenbedingungen von Kompass Direkt:** Während Deines Aufenthalts in den Räumen von Kompass Direkt ist es notwendig, dass Du Dich an die jeweils ausgehängten Rahmenbedingungen und die Hausordnung hältst.

5. **Termine:**

Die Teilnahme an den vereinbarten Einzelgesprächen und die vereinbarte Teilnahme an den Modultherapiegruppen ist verpflichtend. Entsprechend dem Arbeitsalltag (z. B. Schichtarbeit, unregelmäßige Arbeitszeiten etc.) oder individuellen Bedürfnissen (z. B. Urlaub etc.), sowie entsprechend den Therapiezielen kann eine individuelle Vereinbarung getroffen werden.

Ansonsten gilt folgende Regelung:

- Vereinbarte Termine müssen spätestens am Tag vorher mit Begründung abgesagt werden.

- Aus nachweisbar wichtigem Grund können vereinbarte Termine am selben Tag abgesagt werden. Wichtige Gründe sind z. B. Bettlägerigkeit (mit ärztlichem Nachweis) nachgewiesene kurzfristige Änderungen der Arbeitszeiten etc.

- Bei unentschuldigtem Fehlen oder zu später Terminabsage ohne besonderen Grund entstehen Ausfallkosten in Höhe von bis zu 50 Euro. Die Ausfallkosten kann die Kompass Drogenhilfe bis zu diesem Höchstbetrag in Rechnung stellen.

Bitte Sorge auch dafür, dass Du für uns im Notfall erreichbar bist (Mitteilung von Adressänderungen oder Wechsel der Telefonnummern).

6. Mit Deiner Unterschrift erklärst Du Dich damit einverstanden, dass **Urin- und Atemluftkontrollen** durchgeführt werden können.

7. Die beiliegende **Einwilligung zur Datenerhebung** und **Schweigepflichtentbindung** ist ein notwendiger Bestandteil des Vertrags.

Augsburg, den _____

Kompass Direkt

Rehabilitand

Literatur

- Adorno, T. W. (1964). *Minima Moralia*. Frankfurt a. M.
- Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel, N. Pörksen, A. Heinz (Hrsg.) (2009). *Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund*. Bonn.
- Altmannsberger, W. (2004). *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual*. Göttingen u. a.
- ASMK. 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz am 24. / 25. November 2010. *Ergebnisprotokoll*. Wiesbaden
- 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.
- Bossong, H. (2000). Alles bleibt anders: Erwartungen an die Suchthilfe 2000. In: FDR (Hrsg.) *Alles bleibt anders*, Hannover, Vortrag 1.
- 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.
- DRV Bund (2007). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Berlin.
- DRV Bund (2013a). *Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001*. Berlin.
- DRV Bund (2013b). *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008*. Berlin.
- DRV Bund (2014). *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014*. Berlin.
- Dülmen, R. v. (1997). *Die Entdeckung des Individuums (1500 – 1800)*. Frankfurt a. M.
- FDR (Hrsg.) (1998). *Grenzgänge der Drogenarbeit: Hilfesysteme berühren sich; Dokumentation des 19. Bundes Drogen Kongresses 1996 in Bremen*. Geesthacht.
- FDR (Hrsg.) (2000). *Alles bleibt anders. Suchthilfe im neuen Jahrtausend. Dokumentation 23. Bundes Drogen Kongress*. Hannover.
- Fischer, M., P. Missel, M. Nowak, W. Roeb-Rienas, A. Schiller & H. Schwehm (2007). *Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von*

- Drogenabhängigen (Drogenkatamnese). Teil I: Einführung in die Thematik, Untersuchungsdesign und Behandlungseffekte. *Sucht aktuell*, 2, S. 37 – 46.
- Gerken, K., R. Müller & D. Wimmer (²⁸2010). *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.
- Havemann-Reinecke, U. u. a. (2004). AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opiode. *Sucht*, 50, 4, S. 226 – 257.
- Heckmann, W. (1980). Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit in unserer Gesellschaft. *Psychosozial*. 2, 1980, S. 113 – 127.
- Isebaert, L. (2005). *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. Stuttgart, New York.
- 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.
- Klett, F. (1987). Langzeitverläufe bei Drogenabhängige bis zu 10 Jahren nach Behandlungsende. In: D. Kleiner (Hrsg.). *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten*. Berlin, S. 162-178.
- Körkel, J. & C. Schindler (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen*. Berlin.
- Körkel, J. (1999). Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. *Abhängigkeiten*, 5, S. 24 – 45.
- Kriz, J. (³1991). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim.
- 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 u. a. (Hg.). *Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland*. Bonn, S. 54 – 70.
- 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 behaviors*. 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. Schifman & 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.
- Rieker, M. (2009). Konsequenz von der Person her denken – was bedeutet das?! In: Aktion Psychisch Kranke u. a. (Hrsg.). *Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland*. Bonn, S. 71 – 79.
- 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.
- Schmidt, C. & U. Thoms (2015). *Abschlussbericht. Wissenschaftliche Begleitforschung zur Modularen Therapie Drogenabhängiger auf der Basis eines persönlichen Budgets der Kompass Drogenhilfe GmbH*. Augsburg
- Schwehm, H. (1996). 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.
- 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.
- Tielking, K. & G. Kuß (2001a). Forschungsstand zum Thema Kooperation in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen. In: dies. *Alkoholentwöhnung im Verbundsystem*. Oldenburg.
- Tielking, K. & G. Kuß (Hrsg.) (2001). *Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS). Eröffnungsbericht zu einem Modellprojekt in der Region Oldenburg-Bremen*. Oldenburg.
- Tielking, K. & K. Ratzke (2004). *Standards für Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe. Abschlussbericht zur flächendeckenden Umsetzung des Modellprojekts (EVS)*. Oldenburg.
- 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.
- 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). *Rauschmittelmisbrauch – Prävention und Therapie*. München.
- Zemlin, U. (1993). Indikationskriterien für ambulante und / oder stationäre Therapie. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.). *Ambulante und stationäre Suchttherapie – Möglichkeiten und Grenzen. Beiträge des 5. Heidelberger Kongresses 1992*. Geesthacht, S. 48 – 73.