



# Kompass Hof

**Konzept der stationären medizinischen  
Rehabilitation für Abhängigkeitskranke**

Lohhof 1  
87719 Mindelheim  
Tel.: 08265 / 911 71-0  
Fax: 08265/ 911 71-149  
[www.kompass-augsburg.de](http://www.kompass-augsburg.de)

Stand: 20.2.2018  
Inhaltlich Verantwortlich: Holger Baumann

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Allgemeines</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Beschreibung der Rehabilitationseinrichtung</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Rehabilitationskonzept</b>	<b>7</b>
<b>4.1</b>	<b>Theoretische Grundlagen</b>	<b>7</b>
4.1.1	Persönlichkeitsbild	7
4.1.2	Suchtverständnis	8
<b>4.2</b>	<b>Rehabilitationsindikationen- und kontraindikationen</b>	<b>12</b>
<b>4.3</b>	<b>Rehabilitationsziele</b>	<b>13</b>
<b>4.4</b>	<b>Rehabilitationsdauer</b>	<b>14</b>
<b>4.5</b>	<b>Individuelle Rehabilitationsplanung</b>	<b>14</b>
<b>4.6</b>	<b>Rehabilitationsprogramm</b>	<b>15</b>
<b>4.7</b>	<b>Rehabilitationselemente</b>	<b>16</b>
4.7.1	Aufnahmeverfahren	16
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	17
4.7.3	Medizinische Therapie	18
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	19
4.7.5	Arbeitsbezogene Interventionen	24
4.7.6	Sport und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	25
4.7.7	Freizeitangebote	25
4.7.8	Sozialdienst	26
4.7.9	Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining und Ernährung	27
4.7.10	Angehörigenarbeit	28
4.7.11	Rückfallmanagement	28
4.7.12	Gesundheits- und Krankenpflege	30
4.7.13	Weitere Leistungen	31
4.7.14	Beendigung der Leistungen zur Rehabilitation	32
<b>5</b>	<b>Personelle Ausstattung</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>Räumliche Gegebenheiten</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>Kooperation und Vernetzung</b>	<b>34</b>
<b>8</b>	<b>Maßnahmen zur Qualitätssicherung</b>	<b>35</b>
<b>9</b>	<b>Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation</b>	<b>35</b>

<b>10 Notfallmanagement</b>	<b>37</b>
<b>11 Fortbildung</b>	<b>37</b>
<b>12 Supervision</b>	<b>38</b>
<b>Literatur</b>	<b>39</b>
<b>Anhang: Therapievertrag / Wochenplan</b>	<b>42</b>

## 1. Einleitung

Die Fachklinik Kompass Hof der Kompass Drogenhilfe GmbH ist eine Einrichtung der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Mit dem vorliegenden Konzept wird die wissenschaftlich begründete Durchführung im Rahmen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4.5.2001 (vgl.: DRV Bund 2013) und dem Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation (vgl.: DRV Bund 2007) nachgewiesen.

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

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

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

Die Grundlagen der medizinischen Rehabilitation bilden die Modelle und Methoden der wissenschaftlich anerkannten Therapieschulen der Verhaltenstherapie und der Tiefenpsychologie unter Einbeziehung anderer Therapieschulen, insbesondere der systemischen Therapie und humanistischer Therapien, wie klientenzentrierte Gesprächstherapie und Psychodrama, sowie spezifischer Methoden der Hypnotherapie und der Traumatherapie.

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

## 2. Allgemeines

Die Konzeption beschreibt die stationäre medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter als Langzeittherapie bei Kompass Hof. Im Rahmen des Konzepts erbringt Kompass Hof außerdem Leistungen der stationären Modultherapie im Verbund mit Kompass Kompakt, Kompass City und Kompass Direkt.

Anschrift: Kompass Hof  
Lohhof 1  
87719 Mindelheim  
Tel.: 08265/911 71 - 0  
Fax: 08268/911 71 - 149  
e-mail: hof@kompass-augsburg.de  
Internet: www.kompass-augsburg.de

IK-Nr.: 510 974 406

Träger: Kompass Drogenhilfe GmbH  
Piccardstr. 15a  
86159 Augsburg

Geschäftsführer: Fritz Schwarzbäcker

Einrichtungsleiter: Holger Baumann

Ärztliche Leiterin: Elfriede Bullinger

Kostenträger: Federführender Kostenträger ist die DRV Schwaben  
Deutsche Rentenversicherungen  
Krankenkassen (Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V)  
überörtliche Sozialhilfeträger

Erstellungsdatum: 02.01.2018

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

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

Kompass Kompakt – Kurzzeittherapie in Augsburg

Kompass City – Langzeittherapie und ambulantes Zentrum in Augsburg

Kompass Direkt – Adaption, Stabilisierungstherapie und amb. Modultherapie in Augsburg

Kompass Impuls – Medizinische Rehabilitation und Heim für Jugendliche in Ottobeuren

Kompass Nachsorge – Betreutes Wohnen in Augsburg

Kompass Soziotherapie Lohhof – Soziotherapeutische Einrichtung in Mindelheim

### **3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung**

Die Fachklinik Kompass Hof besteht seit 2002. Sie wurde zunächst in einem ehemaligen Kloster in Ottobeuren gegründet. 2007 zog die Fachklinik in den Ost- und Südflügel des Klosters Lohhof, einem Anfang des 20. Jahrhunderts im neuromanischen und Jugendstil erbauten Klosters. Das Kloster der englischen Fräulein diente ursprünglich der Betreuung von Waisenkindern und der schulischen Ausbildung von Mädchen. Später wurde das Kloster als Lazarett und schließlich bis 2001 als Altenheim genutzt.

Neben der für Veranstaltungen und Gottesdiensten genutzten Jugendstilkirche wird der Nord- und Westflügel von der soziotherapeutischen Einrichtung der Kompass Drogenhilfe genutzt.

Kompass Hof befindet sich auf einem landschaftlich äußerst attraktiven Gelände. Auf etwa 5000 qm Weide- und Gartenland werden von sozialen Betrieben biologisch Obst und Gemüse angebaut. Kleinere Teile der Flächen werden von der Fachklinik zur Eigenversorgung und zur Tätigkeit im Rahmen der Arbeitstherapie genutzt. Zum

Klostergelände gehören außerdem ein Badesee, zwei Gewächshäuser mit ca. 400 m<sup>2</sup> und ein Wald, der zur Holzgewinnung genutzt wird.

Die Unterbringung der Rehabilitanden erfolgt in Einzelzimmern mit jeweils eigener Nasszelle, sowie der Möglichkeit zur Unterbringung in Doppelzimmern mit eigener Nasszelle. 6 Einzelzimmer sind barrierefrei ausgebaut.

Das Haus verfügt außerdem über großzügige Gemeinschafts-, Therapie- und Freizeiträume.

Die Kleinstadt Mindelheim im Unterallgäu kann mit dem Bus direkt vom Kloster aus erreicht werden. Von Mindelheim aus gibt es Bahnanbindungen nach Memmingen, Ulm, Augsburg und München. Ein barrierefreier Zugang gemäß den Vorschriften der SGB I und IX und des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) ist gewährleistet.

Die Fachklinik ist in das fachliche und kulturelle Leben der Region aktiv eingebunden.

Annähernd alle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen aus der Region selbst.

Kapazität und Alter: 27 Frauen und Männer ab 18 Jahren

Regelbehandlungsdauer: 24 Wochen

Eine Verkürzung oder Verlängerung ist in Absprache mit den jeweiligen Kostenträgern möglich.

Zielgruppe: Drogen- und Mehrfachabhängige

Kooperationsvereinbarungen bestehen mit den anderen Einrichtungen der Kompass Drogenhilfe, den Einrichtungen der Augsburger Lehmbaugruppe – insbesondere dem Berufsbildungszentrum Augsburg (BBZ) und dem Unternehmen zur Inklusion psychisch Kranker „Beteiligung am Leben“ (BAL).

Kooperationsvereinbarungen bestehen außerdem mit einem niedergelassenen Hausarzt, den Entgiftungsstationen der umliegenden Bezirkskrankenhäuser Kaufbeuren und Augsburg, der Drogenhilfe Schwaben, sowie zahlreicher Beratungsstellen, Adaptions- und Nachsorgeeinrichtungen.

Eine Anerkennung zur Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Zurückstellung nach § 35/36 BtMG besteht.

## **Besonderheiten der Einrichtung**

### **BORA**

Die Leistungen zur beruflich orientierten Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter werden neben den einrichtungsinternen Anteilen im Verbund der Kompass Drogenhilfe bei Kompass City und dem BBZ in Augsburg angeboten. Dadurch ist es möglich, professionelle externe Arbeitsberater und Jobcoaches zu engagieren, die mittels intensiver Clearinggespräche, organisierter Seminare und kontinuierlicher Trainings das Programm auf hohem qualitativem Niveau um Leistungen ergänzen, welche so im ergo- und arbeitstherapeutischen Rahmen der Einrichtung nicht durchführbar wären. (siehe auch: 4.7.5)

## **WOHNGRUPPEN ALS GRUNDLAGE DER THERAPEUTISCHEN GEMEINSCHAFT**

Die Rehabilitanden sind in Wohngruppen zu je 9 Personen untergebracht, die je zugleich auch die therapeutische Kleingruppe bilden. Die jeweiligen Bezugstherapeuten sind auch für die Wohngruppe zuständig. Je ein Wohngruppensprecher vertritt zudem die Interessen der Rehabilitanden im kontinuierlichen Austausch mit dem Team. Eine Wohngruppe wird darüber hinaus ausschließlich mit weiblichen Rehabilitandinnen belegt.

Die Wohngruppen sind kleine familiäre Einheiten, innerhalb derer jeweils eine überschaubare und vertrauensvolle Gemeinschaft entsteht. Das dadurch entstehende Kohärenzgefühl gibt dem Einzelnen Sicherheit und bildet die Basis des gesamten Therapieprozesses. Das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft wird also in besonderer Weise umgesetzt. (siehe 4.7.4)

## **AUFNAHME- UND ORIENTIERUNGSSTATION**

Während der ersten Wochen bei Kompass Hof werden die Rehabilitanden in einer Aufnahmestation mit einem eignen Gruppenangebot betreut. Diese Zeit wird zur Diagnostik genutzt und ermöglicht den Rehabilitanden einen fachkompetenten Einstieg in die Therapie und die Therapieabläufe. Mit Ende der Aufnahmephase erfolgen in einem gemeinsamen Zielgespräch die weitere Therapieplanung und die Zuteilung zu den Kleingruppen.

Im Rahmen des Krisen- und Rückfallmanagements und der therapeutischen Aufarbeitung von Störungen im Behandlungsverlauf, können kompassübergreifend betroffene Rehabilitanden temporär auf die Orientierungsstation zu Kompass Hof verlegt werden. In einem intensiven Verfahren wird die Situation therapeutisch bearbeitet. Auf dieser Basis erfolgt eine Entscheidung des Rehabilitanden und der zuweisenden Kompass-Einrichtung für (bzw. gegen) eine weitere Behandlungsdurchführung. (siehe auch 4.5)

## **PAARTHERAPIE**

Paare können und werden grundsätzlich zur medizinischen Therapie bei Kompass Hof aufgenommen. Die häufig unterschätzten Belastungen, sowie die Beziehungsdynamik werden in Gesprächen thematisiert. Die Partner bewohnen getrennt voneinander ein eigenes Zimmer und haben verschiedene Bezugstherapeuten. Ziel bleibt eine individuelle Therapie mit individueller Zielsetzung unter Begleitung paartherapeutischer Angebote

## **THERAPIE IM LANDWIRTSCHAFTLICHEN BETRIEB**

Die Therapie im landwirtschaftlichen Betrieb wurde ursprünglich als Kompass Perspektive durchgeführt und wurde erst später an Kompass Hof angegliedert. Derzeit kann dies nicht angeboten werden, allerdings ist eine Reaktivierung geplant, sobald ein Mitarbeiter gefunden wird, der neben den fachlichen auch die persönlichen Voraussetzungen zur Begleitung dieser besonderen Maßnahme erfüllt, sowie Therapiefamilien in räumlicher Umgebung gefunden werden können.

Die Rehabilitanden leben und arbeiten hier als Gast innerhalb einer Familie mit landwirtschaftlichem Betrieb. Hier können sie neue Lebenserfahrungen machen und sich als soziale, leistungsfähige und akzeptierte Person erleben. Das Alltagsleben wird ergänzt durch therapeutische und sozialpädagogische Betreuung)

## IM VERBUND DER MODULTHERAPIE

Die Modultherapie stellt eine neue Form der Kombitherapie dar, bei der innerhalb eines zeitlichen Rahmens von 18 Monaten neben 120 Einheiten ambulanter Therapie auch 22 Wochen (154 Tage) stationäre Therapie durchgeführt werden. Dies kann zu Beginn oder – etwa als Krisenintervention – im fortgeschrittenen Verlauf der Gesamttherapie erfolgen. Das Angebot wird von Kompass Direkt federggeführt und richtet sich vorwiegend an Rehabilitanden aus dem Großraum Augsburg.

Kompass Hof bietet hier die Möglichkeit zur stationären Therapie oder Krisenintervention, sofern eine heimatferne Therapie gewünscht wird oder erforderlich ist.

Das Gesamtkonzept der Modultherapie ist bei den weiterführenden Informationen auf der Internetseite von Kompass Direkt veröffentlicht ([www.kompass-augsburg.de](http://www.kompass-augsburg.de)).

## 4. Rehabilitationskonzept

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

Dem Rehabilitationskonzept liegt eine multiprofessionelle, schulenübergreifende Sichtweise auf psychoanalytischer Basis zu Grunde, die auf den (auch, aber nicht nur für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen) wissenschaftlich anerkannten Verfahren der Verhaltenstherapie (vgl.: Beck 1999, Vogelsang 2016), der Psychoanalyse (vgl.: Rost 1987, Rost 2003), der systemischen Therapie (vgl.: Ludewig 1997, Schiepek 1999, Schwertl 1998, Klein 2005) unter Einbezug humanistischer Verfahren (vgl.: Kriz 1991) und hypnotherapeutischer Sichtweisen und Methoden (vgl.: Schmidt 2005) aufbaut.

### 4.1 Theoretische Grundlagen

#### 4.1.1 Persönlichkeitsbild

Die Grundlage und Voraussetzung der Arbeit bei Kompass Hof ist ein humanistisches Menschenbild, das sich an Werten wie Freiheit, Gerechtigkeit und Menschenwürde orientiert. Die therapeutische Praxis orientiert sich daher unter besonderer Betonung der Akzeptanz von Individualität und Verschiedenartigkeit prinzipiell wertschätzend an Fähigkeiten, Ressourcen und am Wachstumsbedürfnis der Rehabilitanden. Der Mensch wird in seinem gesamten Bedingungsgefüge als intentionales und soziales Wesen verstanden, das sich im interaktiven Austausch in und mit der Gemeinschaft orientiert und das sich prinzipiell



auf Aktualisierung des Selbst und Wachstum hin ausgerichtet (siehe auch 4.7.4 zur therapeutischen Gemeinschaft).

Folglich wird dem Einzelnen grundsätzlich Verantwortung für eigenes Handeln unterstellt (vgl.: Kriz 1991, S 178 ff). Individuelle Eigenständigkeit und soziale Einbindung sind demnach keine Gegensätze, sondern bilden eine Einheit. Das Grundbestreben nach Autonomie und Verbundenheit ist somit nicht als gegensätzlich, sondern als einheitlich zu verstehen.

Bei der Suchterkrankung als besonderer Form der psychischen Erkrankung wird das genannte Grundbestreben fragil und instabil. Wird der Mensch, wie oben erwähnt, als intentional und sozial verstanden, so kann er sich in einem bewussten Entwicklungsprozess als entscheidungs- und handlungsfähiges Wesen (wieder) entdecken (vgl.: Petzold 2004). Dies zu erreichen verstehen wir als ein übergeordnetes Therapieziel.

#### 4.1.2 Suchtverständnis

Nach einer Zusammenschau der Forschungsergebnisse 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).

So lässt sich die Entwicklung einer Abhängigkeit nur rückwirkend aus dem Verständnis der individuellen biographischen Zusammenhänge in einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge erklären.

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

In einem komplexen bio-psycho-sozialen Suchtverständnis wird von einer Ursachen-Trias aus den Faktoren Droge, Person und Umwelt ausgegangen (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).

Bei fortgesetztem Konsum von Drogen wird das Neurotransmittersystem beeinflusst, wodurch das natürliche körpereigene zugunsten eines substanzmittelbedingten Belohnungssystems zurück gedrängt wird (vgl.: Schandry 2006). Ein einfaches „Weglassen“ der Droge ohne (Re)Aktivierung des eigenen Belohnungssystems ist nicht mehr möglich.

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).

Sehr häufig weisen die Persönlichkeitsmuster Abhängigkeitskranker auf frühkindliche Entwicklungsdefizite und Bindungsstörungen hin. Neben teilweise schwersten traumatischen Erfahrungen finden sich in der Biografie Abhängigkeitskranker etwa sehr häufig massive frühkindliche Störungen im Kontakt zu Bezugspersonen, die die Entwicklung von Selbstwert, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Selbstbewusstsein beeinträchtigen (vgl.: Schindler 2013).

Zumal häufig auch über die frühe Kindheit hinaus dysfunktionale Beziehungsmuster festzustellen sind, entwickelt sich die Abhängigkeit in vielen Fällen im Anschluss kritischer Übergänge und Lebensereignisse, insbesondere während der Pubertät. Hier besteht in besonderer Weise die Gefahr einer misslingenden Synthese aus „Autonomie und Abhängigkeit“ auf Grund fehlender Bindungssicherheit (vgl.: Schneider & Ruff 1985), die letztlich in einer Abhängigkeit münden kann.

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).

Im Bereich des individuellen Nahraums spielt die peer group eine besondere Bedeutung. Der Konsum illegaler Drogen beginnt meist innerhalb der sozialen Gruppe Gleichaltriger, oder er beginnt, um sich einer Gruppe anschließen zu können. Aus Sicht des Einzelnen korreliert der Drogenkonsum mit der Anerkennung Gleichaltriger bei gleichzeitiger Suggestion von Unabhängigkeit, Erwachsen werden, Selbstständigkeit und Autonomie (vgl.: Dollinger 2002).

Die oben genannten Bindungsstörungen, die in der Regel eine emotional fragile, resignative Persönlichkeitsentwicklung zur Folge haben, setzen sich so vielfach in der instabilen und wenig stabilisierenden Gestaltung der Beziehungen zu Anderen – seien es Freunde, Freundin, Lehrer, Eltern usw. – fort, wodurch wiederum die Entwicklung einer Abhängigkeit gefördert wird.

Im makrosozialen Bereich spielen dagegen für die Entwicklung einer Abhängigkeit zahlreiche Faktoren, wie etwa eine ungleiche Chancenverteilung, unzureichende (ökonomische) Lebensbedingungen, bei zugleich zunehmender gesellschaftlicher Bedeutung von Konsum, eine wesentliche Rolle.

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).

In Abgrenzung zu anderen, etwa juristischen, Herangehensweisen an das Phänomen Sucht und ihre Folgeerscheinungen muss von einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation „Sucht“ zunächst immer als Krankheit betrachtet werden. Schließlich ist mit diesem Verständnis zugleich auch das Recht auf therapeutische Hilfe eingeschlossen. Andere

Suchtbegriffe müssen demgegenüber zurückgestellt werden. Drogensucht selbst ist also zunächst weder abweichendes noch kriminelles Verhalten.

„Krankheit“ im herkömmlichen Sinne ist vor allem eine primär medizinische Kategorie. Sucht ist dann symptomatischer Ausdruck eines dahinter liegenden personalen Defizits. Unseres Erachtens ist aber bei Drogensucht, mehr noch als bei anderen psychischen Erkrankungen, der soziale Zusammenhang besonders bedeutend. 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; Keupp u. a. 1999; Davison & Neale 1998, S. 30f). Ebenso lässt sich Sucht kaum präzise als pathologisch von nicht-pathologischem Verhalten abgrenzen. Letztlich ist der Übergang von gewohnheitsmäßigem Konsum zur Abhängigkeit fließend (vgl.: Tretter & Müller 2001a). Allerdings muss an dieser Stelle betont werden, dass Substanzmittelabhängigkeit teilweise erhebliche, auch langfristige bis lebenslange, somatische und psychische Beschwerden zur Folge hat, wodurch zumindest in diesem Zusammenhang wieder im eigentlichen Sinne von Krankheit gesprochen werden kann (vgl.: Tretter 2001). Unseres Erachtens wäre es zumindest in der theoretischen Darstellung ebenso falsch einen lediglich defizitorientierten Suchtbegriff zu formulieren, wie es falsch wäre die zumindest in Folge der Abhängigkeit, teilweise aber auch diese mit bedingenden Defizite allein mit dem Hinweis auf bestehende Ressourcen zu vernachlässigen.

Trotz eines vor allem in der Praxis weitgehend eklektischen Ansatzes basiert unser Suchtverständnis vor allem auf den psychoanalytischen und systemischen Erklärungsansätzen, wobei insbesondere verhaltenstherapeutische Aspekte mit berücksichtigt werden:

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

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

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

Für alle Formen der Einnahme psychoaktiver Substanzen wird in allen neueren, weiterentwickelten Krankheitsmodellen neben dem Aspekt der (Selbst)destruktivität zunehmend mehr auch die Sichtweise betont, wonach der Abhängigkeit ein Wunsch nach positiven Erfahrungen zu Grunde liegt. Denn in jedem Fall ist die Stimmungsänderung, ob

nun im Sinne einer Spannungsreduktion oder im Sinne eines (subjektiv positiv bewerteten) Spannungsaufbaus, Hauptgrund für die Einnahme von psychoaktiven Substanzen (vgl.: Davison & Neale 1998, S. 323ff). In jedem Fall ist Drogenabhängigkeit sowohl in ihrer Entstehungs- als auch in ihrer Ausdrucksform ein originär sozialer Prozess.

Darin liegt zugleich auch die Chance der medizinischen Rehabilitation, indem im Rahmen der gemeinschaftlichen Erfahrung und alltäglicher Begegnung in der Therapieeinrichtung das subjektiv zu Beginn als Verlust und Mangel empfundene bloße Weglassen der Drogen zu neuen bereichernden Erfahrungen und Empfindungen als etwas Neues und Bereicherndes wirken kann.

Für den Bereich der Rehabilitation wurde mit der Verabschiedung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine bahnbrechende Veränderung der Behandlungsformen möglich. In diesem bio-psycho-sozialen Modell wird „... die Einschränkung einer individualzentrierten, symptom- und defizitorientierten Perspektive zugunsten einer holistischen Ursachenanalyse und Therapiekonzeption bei der Gestaltung von Prozessen der medizinischen Rehabilitation...“ aufgegeben (Stachowske 2008, S. 21).

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

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

- a) die Körperfunktionen und –strukturen – wozu beispielsweise auch die im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen häufig relevanten mentalen Fähigkeiten bzw. Störungen, aber auch physische Krankheitsfolgen gehören
- b) die Aktivität und Teilhaben – wozu etwa die Interaktionsfähigkeiten, Erwerbsfähigkeiten, wirtschaftlichen Möglichkeiten oder die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe gehören.

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

- c) die Umweltfaktoren – also etwa die familiären Zusammenhänge, aber auch die demographischen oder gesellschaftlichen Entwicklungen
- d) Personenbezogene Faktoren, die nicht näher klassifiziert werden.

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

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

## 4.2 Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen

### Indikationen:

- Stoffgebundene Abhängigkeit nach ICD-10 F10 – F19
- Folgende komorbide Persönlichkeitsstörungen können mitbehandelt werden: affektive Störungen (ICD-10 F31 – F34), Phobische, Zwangs- und Angststörungen, sowie Belastungsstörungen (ICD-10 F40 – F43), Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60) und Hyperkinetische Störungen (ICD-10 F90)
- Eine Behandlung von Rehabilitanden mit Bewährungsaufgaben und Strafrückstellung nach § 35/36 BtMG ist möglich
- Die Aufnahme von Paaren ist nach Klärung möglich

### Kontraindikationen:

- Schwere Persönlichkeitsstörungen
- Manifeste akute psychotische Erkrankungen
- Akute Suizidalität
- Hirnorganisches Psychosyndrom
- Pflegebedürftigkeit und starke körperliche Behinderungen, die eine Teilnahme am Therapieprogramm unmöglich machen
- Eine mögliche Kontraindikation orientiert sich primär an der Ausprägung der Krankheit

### Aufnahmevoraussetzungen:

- Abgeschlossene Entzugsbehandlung
- Gültige Kostenzusage (mündlich/schriftlich)

### 4.3 Rehabilitationsziele

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

Im Rahmen der Rehabilitation gilt es daher die drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß ausüben zu können, die für diesen Menschen als für seinen Lebenskontext typisch erachtet werden kann.

Allgemeine Behandlungsziele sind somit:

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

Weitere Rehabilitationsziele sind:

- Mut und Bereitschaft zu nachhaltiger Veränderung des eigenen Lebens
- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallsituationen
- Förderung der Fähigkeit zur Konflikt- und Krisenbewältigung
- Förderung der Genussfähigkeit, eigener Lebensfreude
- Eigene Interessen aktiv zu verfolgen (Kultur, Bildung, Hobbies)
- Förderung einer gesunden und nachhaltigen Lebensführung (bewusste Ernährung, Hygiene, Sport/Bewegung...)
- Ausbau sozialer Kompetenzen
- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Ausbau der Kommunikationsfähigkeit
- Aufbau von Sozialbeziehungen bzw. Stabilisierung vorhandener Beziehungen
- Emotionale Stabilisierung
- Mut zu Weiterbildung und Lernen (Abendschulen, interne Angebote)

#### **4.4 Rehabilitationsdauer**

Die Regelbehandlungsdauer beträgt 24 Wochen.

Die Behandlungsdauer kann bei entsprechender medizinischer Indikation verkürzt werden. Eine Verlängerung ist in Absprache mit dem Kostenträger und nach entsprechender medizinischer Indikation möglich.

Im Rahmen der Modultherapie (siehe Besonderheiten unter Punkt 3.) werden kürzere Behandlungszeiten angeboten.

#### **4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung**

Die individuelle Rehabilitationsplanung orientiert sich an drei Therapie-/Behandlungsphasen und deren Unterziele. Die Rehabilitationsplanung erfolgt grundsätzlich gemeinsam mit dem Rehabilitanden im Rahmen der interdisziplinären Therapieplanung und Formulierung der Zielsetzung. Die Rehabilitationsziele orientieren sich am individuellen Behandlungsbedarf des Rehabilitanden. Neben allgemeinen Rehabilitationszielen sind so vor allem die spezifischen und individuellen Ziele bedeutsam. Unter Betonung der Selbstverantwortung der Rehabilitanden werden vorhandene soziale, wirtschaftliche und kulturelle Netzwerke mit einbezogen:

##### **I. Aufnahme- und Orientierungsphase (bis zur 4. Woche)**

Einführung in die medizinische Therapie bei Kompass Hof (Konzept, Strukturen, Regeln, Zuständigkeiten, Fragen zur Suchttherapie)

- Aktive Teilnahme A+O-Gruppe/Integrationsgruppe (Kennenlernen, Umgang miteinander, Therapiealltag und die sich daraus ergebenden Verständnisfragen klären)
- Erstgespräche, Anamnesen, Testungen (Standards), Fitnesscheck; Einführung Ernährungsberatung, Belehrungen Hygiene
- BORA – Würzburger Screening; AVEM; Teilnahme Kreativprojekt, Schnuppertage in den Bereichen;
- Wahl des Bezugstherapeuten
- Wahl der Wohngruppe/Kleingruppe
- Therapieplan – Zielplanung finalisiert – insbesondere die beruflichen Ziele
- Fallkonferenz (immer unter Teilnahme aller Fachbereiche u. Rehabilitand)

##### **II. Durchführung der Behandlung (2. – 20. Woche)**

- Beginn der Umsetzung des Therapieplans
- Teilnahme psychotherapeutische Kleingruppe

- BORA – Teilnahme projektbezogene Arbeitstherapie; Erstgespräch mit externem Jobcoach; n. Indikation Teilnahme an externen Kursen; Klärung ggf. „Zukauf“ externer Maßnahmen f. Zielerreichung
- Indikationsgruppen (Nikotinentwöhnung, Rückfallprophylaxe, geschlechtsspezifische Gruppen, Plenum)
- Einzug Wohngruppe
- Therapieplan – Zielplanung
- 2 u. 3. Fallkonferenz – Anpassung des Therapieplanes

### III. (Weiter-)Orientierung (18. – 24. Woche)

- Weiterführung - Umsetzung Therapieplan
- Teilnahme Orientierungsgruppe
- Abschluss psychotherapeutische Kleingruppe
- Abschluss Indikativgruppen
- BORA – Auswertung bisheriger Verlauf; ggf. Zielanpassung; Belastungserprobung im Rahmen eines Praktikums
- Umzug Wohngruppe (Orientierung)
- Klärung, Planung, Beantragung der Adaption u./o. Nachsorgemaßnahme
- Abschlusskonferenz: Kontrolle, Zielerreichung
- Abschlussgespräche nach Bereichen und Laufzettel
- Medizinisches Abschlussgespräch; Fremd- u. Selbsteinschätzung Sozialmedizinische Epikrise

## 4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm der Fachklinik Kompass Hof wird im verpflichtenden Wochenplan dargestellt und ergänzt durch individuelle am Therapieverlauf orientierte Therapieangebote.

Dem Wochenplan entsprechend nimmt der Rehabilitand grundsätzlich teil an:

- Psycho-/suchttherapeutische Gruppen und Kleingruppen (2x wöchentlich)
- Psycho-/suchttherapeutische Einzelgespräche
- Psychiatrische Sprechstunden
- Ärztliche Aufnahme- und Entlassuntersuchungen, Sprechstunden
- Kreativ-, Arbeits- und Ergotherapie in Einzeln und in Gruppen
- Sport- und Bewegungstherapie



- Pädagogisches Alltagstraining in Wohngruppen
- Ernährungsberatung
- Indikationen in Gruppen und Einzel u. a. zu Ernährung, zu Nichtrauchen, zur Rückfallprophylaxe, zu geschlechts-, sucht- und kulturspezifischen Themen
- Sozialrechtliche Beratung in Gruppen und Einzel
- Training von Freizeit in Gruppen und Einzel
- Beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) mit externem Kursangebot, sowie internem Angebot

Alle Angebote werden von dafür entsprechend ausgebildetem Fachpersonal durchgeführt.

## **4.7 Rehabilitationselemente**

### **4.7.1 Aufnahmeverfahren**

Das Aufnahmeverfahren wird über die Prozessbeschreibung im Rahmen des Qualitätsmanagements festgeschrieben. Für das Aufnahmeverfahren wird ein Mitarbeiter als Prozessverantwortlicher benannt.

Bereits vor Aufnahme werden entsprechende Maßnahmen eingeleitet (z. B. Abholen am Bahnhof etc.). Der Rehabilitand wird am Aufnahmetag von einem Mitarbeiter der Aufnahmekoordination empfangen, sowie vom Bezugstherapeuten in einem ersten Gespräch begrüßt. Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, sich dem Rehabilitanden am Aufnahmetag persönlich vorzustellen, auch um mögliche Ängste abzubauen und Vertrauen und Zuversicht aufzubauen.

Sofern eine Aufnahme im Rahmen des Nahtlosverfahrens, einem Verfahren zur Verbesserung der Antrittsquote, werden die Verlegung und die begleitete Anreise den Anforderungen entsprechend organisiert. Eine Abholung ist in diesem Fall in jedem Fall möglich, wird aber auch bei Aufnahmen außerhalb des Nahtlosverfahrens – sofern notwendig – in der Regel ermöglicht (vgl.: DRV 2017)

In einem Aufnahmegespräch wird die Hausordnung der Einrichtung erläutert und ein Therapievertrag schriftlich vereinbart. Außerdem werden notwendige noch nicht erhobene Daten nachgefragt, so dass die erforderlichen Meldungen an Kostenträger und weitere interessierte Parteien (Bewährungshilfe, Gerichte etc.) sofort durchgeführt werden können.

Die fachärztliche Untersuchung und die Erstdiagnostik werden am Aufnahmetag durchgeführt. Außerdem wird eine erste Risikodiagnostik mit möglichen persönlichen Rückfallgefahren erhoben.

Der Rehabilitand wird am Aufnahmetag den Mitrehabilitanden vorgestellt.

Der Rehabilitand wird dann in den ersten 5 Tagen vorstellig:

- zum erweiterten medizinischen Erstgespräch (Vegetative Anamnese, psychiatrisch-/ fachärztliches Gespräch, Klärung Bedarf an medizinischer Pflege - am Aufnahmetag)

- bei den Bezugstherapeuten
- zur arbeits-/ergotherapeutischen Aufnahme (am 1. Tag n. Aufnahme)
- bei der Sporttherapie (1.- 3. Tag n. Aufnahme)
- bei der Diätassistentin (1.- 5. Tag n. Aufnahme)
- bei dem Klinischen Sozialdienst (1.- 3. Tag n. Aufnahme)
- psychotherapeutisches Erstgespräch

#### 4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die gesamte Rehabilitationsdiagnostik orientiert sich im Gesamt an der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit und Aktivität (ICF):

Medizinisch:

- somatische Diagnostik (vegetative Anamnese, Eingangsuntersuchung, Labor)
- Spirometer, inkl. Fargerström Test

Psychiatrisch:

- Erhebung psychischer Befund (n. standardisiertem Verfahren AMDP)

psychologisch/psychotherapeutisch:

- Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation<sup>33</sup>
- Berner Inventar
- PSSI
- BDI, Aktivitäten Protokoll,
- SORKC - Schema<sup>34</sup> (b. Störung i. Behandlungsverlauf)
- Erhebung Psychodynamik n. tiefenpsychologischen Ansätzen
- SCL-90

Bei Bedarf oder bei Indikation:

- SKID
- Seeking Safety
- Imaginationsübungen
- Rückfallprophylaxe b. Drogenabhängigen
- MBR Program – Mindful – Based Relapse Prevention

- KFG – Kurzfragebogen f. Glücksspielverhalten
- Selbstmanagementansatz
- Emotionskarten
- Zürcher Ressourcenmodell
- Plananalyse
- Biographische Anamnese;
- Genogramm

Arbeits- und ergotherapeutisch:

- Arbeits- und Ergotherapeutisches Assessment
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
- Würzburger Screening Bildungs- u. Berufsanamnese
- AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
- Melba – Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit wird angestrebt

Sport- und -bewegungstherapeutisch:

- Fitnesscheck(Eingangs- u. Ausgangscheck)
- Trainings- und Ernährungsplan

Klinischer Sozialdienst:

- soziale Diagnostik nach Kontextfaktoren (soziale Anamnese, standardisiertes Erstinterview)
- Leitfaden/Fragebogen z. Realitätserprobung

Medienpädagogisch:

- Mediennutzungsanamnese nach Fragebogen

### **4.7.3 Medizinische Therapie**

Die ärztliche Leitung hat eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie übernommen. Die medizinischen Maßnahmen werden von der ärztlichen Leitung und einem als Honorararzt beschäftigten niedergelassenem Internisten und Suchtmediziner mit Unterstützung von Pflegefachpersonal durchgeführt.

Im Rahmen der medizinischen Therapie übernimmt die ärztliche Leitung dabei neben anderen fachlichen Leitungstätigkeiten vorwiegend folgende Aufgaben wahr:

- Wöchentliche psychiatrische Visite mit Verordnung und Überwachung der psychopharmakologischen Medikation
- Anamnese und Diagnostik
- 24ständiger fachärztlicher Bereitschaftsdienst
- Fachpsychiatrische Behandlung der Suchterkrankung und Suchtfolgeerkrankungen
- Teilnahme an allen therapeutischen und interdisziplinären Fallbesprechungen
- Psychiatrische Krisenintervention
- Durchführung und Überwachung aufsichtsbehördlicher Anordnungen mit medizinischer Hygieneaufsicht
- Erstellung des Entlassberichts mit sozialmedizinischer Epikrise

Der Internist der Einrichtung führt eine wöchentliche internistische Visite mit Verordnung und Überwachung der allgemeinmedizinischen Medikation, sowie bei Bedarf der Einleitung von konsiliarärztlichen Behandlungen durch.

#### **4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote**

Die Gruppentherapie bei Kompass Hof wird als Großgruppe, Kleingruppe bzw. A+O-Gruppe/Integrationsgruppe und im Rahmen der Wohngruppen durchgeführt. Neben der konkreten Gruppentherapie haben alle Gruppen im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft die Funktion Begegnung und Artikulation zu ermöglichen, um innerhalb der Gemeinschaft individuelles Wachstum zu ermöglichen. Insbesondere in der Großgruppe können neben der Klärung von Konflikten und Spannungen die gesamte Gemeinschaft betreffende organisatorische Themen besprochen werden.

Die Therapie wird im Bezugstherapeutensystem durchgeführt. Nach einer Eingangsphase wird jedem Rehabilitanden ein Bezugstherapeut zugeordnet, der zugleich die Kleingruppe leitet und die Wohngruppe begleitet. Der Bezugstherapeut ist zugleich zentraler Case-Manager des gesamten therapeutischen Ablaufs.

Neben den Methoden der Einzel- und Gruppenarbeit sind allgemeine Wirkfaktoren zu berücksichtigen (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.

## GRUPPENTHERAPIE

Die Gruppentherapie erfährt im Alltag der Rehabilitationseinrichtung Kompass Hof eine zentrale Bedeutung. Die Durchführung der Gruppentherapie obliegt den Mitarbeitern des psychotherapeutischen Bereichs unter Beteiligung der Arbeits- und Ergotherapeuten sowie der pädagogischen Mitarbeiter. Die Basis bildet ein milieutherapeutischer Ansatz.

In der Gruppentherapie werden folgende übergeordnete Ziele angestrebt:

- Vermittlung einer Krankheitseinsicht
- Aufbau von Akzeptanz des eigenen Behandlungsbedarfs
- Stärkung der Abstinenz- und Veränderungsmotivation
- Erarbeitung persönlicher Therapieziele und deren Erreichung
- Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung bezogen auf die eigene Veränderungsfähigkeit
- Aufbau von Bewältigungsstrategien und eines individuellen Bewältigungskonzepts
- Entwicklung einer gesunden Feedbackkultur und die Fähigkeit, kritische Beobachtungen anderer als für die eigene Weiterentwicklung wichtig zu erachten und zu würdigen.

Die Gruppenarbeit der therapeutischen Gemeinschaft orientiert sich an den Primärfaktoren in der Gruppentherapie nach Yalom (2016; vgl.: Yablinski 1990):

- Hoffnung einflößen:  
Voraussetzung ist die Überzeugung der Gruppentherapeuten von der Wirksamkeit der Gruppentherapie. Jegliche Entwicklungsprozesse (Fortschritte) gilt es authentisch und systematisch den einzelnen Rehabilitanden rückzumelden und die Selbstwirksamkeit zu fordern. Vorrangig sollte Raum für entsprechende Rückmeldungen anderer Gruppenmitglieder gegeben werden.
- Universalität des Leidens:  
Das Erleben fremden Leids befreit von Einsamkeit und Entwertung.  
Die Erfahrung im gleichen Boot zu sitzen ist für Viele wie eine Wiederaufnahme in die Gemeinschaft.
- Mitteilung von Informationen:  
Es gibt einleitende Informationen des Therapeuten zur Gruppenarbeit, vor allem aber Lösungsangebote von Gruppenmitgliedern an Einzelne. Dabei geht es primär häufig nicht um den konkreten Rat, sondern auch um die Erfahrung von Zuwendung und Unterstützung.
- Altruismus:  
Das gegenseitige Helfen in gruppentherapeutischen Prozessen. Sich gegenseitig unterstützen, beruhigen, Lösungsangebote unterbreiten, Einsichten annehmen. Erfahren, dass sie anderen wichtig sein können.
- Korrigierende Rekapitulation der Erfahrungen in der Familie:

Die Gruppe bietet eine viel direktere Aktualisierung der Probleme, die ihre Wurzeln in den Erfahrungen in der Familie der Rehabilitanden haben. In der Einzeltherapie kommen manche Aspekte dieser Probleme kaum zum Vorschein, weil man den Therapeuten nicht teilen muss.

- Die Entwicklung mitmenschlichen Umgangs Identifikations- und Modell-Lernen stellen die aktuell progressiven Lernvorgänge dar. Interpersonelles Lernen stellt die Konfliktbearbeitung durch Beziehung dar.

- Gruppenkohäsion:

Die Bedeutung, die eine Gruppe für ihre Mitglieder hat, die Kraft, die die Mitglieder in der Gruppe hält, ist notwendig zum Öffnen, Begegnen und Bearbeiten.

- Katharsis:

Befreiend ist der Ausdruck starker Gefühle.

- Existenzielle Faktoren, dazu gehört:

Zu erkennen, dass das Leben manchmal unfair ist.

Zu erkennen, dass man gewissen Nöten und dem Tod nicht entgehen kann.

Zu erkennen, dass ich, so nah ich anderen auch kommen mag, dem Leben allein gegenüber treten muss. Mich den Grundfragen meines Lebens und meines Todes zu stellen und so mein Leben ehrlicher zu leben und mich weniger von Belanglosigkeiten einfangen zu lassen. Zu lernen, dass ich die letzte Verantwortung für mein Leben übernehmen muss, gleichgültig, wie viel Anerkennung und Unterstützung ich von anderen bekomme.

Der Rahmen für die Gruppentherapie innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft wird zum einen durch die vergleichsweise familiäre und kleine Einrichtungsgröße, vor allem aber durch das alltägliche Zusammenleben innerhalb der Wohngruppen gegeben. Die Wohngruppen, bildet sich jeweils aus einer Kleingruppe (siehe unten) mit einem therapeutischen Mitarbeiter. Dadurch werden die alltäglichen Erfahrungen innerhalb der Gemeinschaft, sowie die besonders intensive Auseinandersetzung innerhalb der Kleingruppe verknüpfen. Die Wohngruppe ist somit nicht nur eine organisatorische Einheit, sondern vor allem auch eine kleine, überschaubare, familiäre Einheit durch die gegenseitiges und gemeinsames Wachstum und Sicherheit ermöglicht wird.

## **THERAPEUTISCHE KLEINGRUPPE**

Die therapeutische Kleingruppe (2x wöchentlich, 90 min.; 8 – max. 10 Teilnehmer) wird vom jeweiligen Bezugstherapeuten durchgeführt. Die Bezugstherapeuten sind ausschließlich Mitarbeiter/innen mit anerkannter therapeutischer Weiterbildung. Diese Form der Kleingruppe, bietet eine intensive Möglichkeit der Selbst- und Fremdwahrnehmung, wobei der differenzierten Wahrnehmung und verbalen Äußerung authentischer Gefühle eine besondere Bedeutung zukommt. In der Dynamik der Gruppe wird zum Verständnis der besonderen emotionalen Befindlichkeit des jeweiligen Rehabilitanden auch auf lebensgeschichtliche Erfahrungen zurückgegriffen und der Zusammenhang bewusst gemacht. Durch die Verantwortlichkeit des Bezugstherapeuten kann die therapeutische Kleingruppe auch mit Prozessen aus der Einzeltherapie korrespondieren.

Während der ersten Wochen nehmen die Rehabilitanden an der A+O-Kleingruppe teil, deren Inhalt vor allem die grundlegende Vermittlung therapeutischer und gruppentherapeutischer Kenntnisse ist.

## **GROSSGRUPPE**

An der Großgruppe nehmen alle Rehabilitanden teil. Die Großgruppe findet 2x wöchentlich (60 – 90 min.) und bei Bedarf statt. Die Großgruppe wird von der ärztlichen Leitung, dem Einrichtungsleiter und/oder von mindestens einem Mitarbeiter mit anerkannter therapeutischer Weiterbildung geleitet.

Hier werden die Phänomene der Sucht innerhalb der Gesamtgruppe reflektiert und in Zusammenhang mit dem Krankheitsbild gebracht, somit werden auch Entwicklungsreflexionen für den Einzelnen möglich. Gruppenprozesse und Konflikte, die die Gesamtgruppe betreffen, werden in der Großgruppe bearbeitet. Dabei wird der Rehabilitand bewusst und realitätsnah für die kommende aktive und gesunde Teilnahme am gesellschaftlichen Leben vorbereitet. Das würdigen und schätzen kritischer Feedbacks spielt dabei eine ebenso wichtige und tragende Rolle wie das sich aufzufangen und geborgen fühlen in Krisenzeiten. Die Interaktion zwischen den Rehabilitanden, das „anders denken“, die unterschiedlichen kulturellen, wie familiären Hintergründe, sowie die individuellen Biographien sind eingebunden in das Vermitteln der Werte einer modernen und interessierten Gesellschaft.

## **VOLLVERSAMMLUNG**

In regelmäßigen Abständen (1x mtl., 90 min.; alle anwesenden Rehabilitanden nehmen teil) findet eine Vollversammlung statt, an der alle Rehabilitanden und Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung teilnehmen.

Hier wird das organisatorische Miteinander besprochen und im therapeutischen Kontext betrachtet.

## **THEMENZENTRIERTE UND INDIKATIVE GRUPPEN**

Diese Gruppen (1 x wöchentlich; 60 min.; max. 8 Teilnehmer) finden bedarfs- und interessenorientiert statt, wobei angestrebt wird, dass jeder Rehabilitand innerhalb der regulären Therapiezeit die Möglichkeit hat an jeder dieser Gruppen einmal teilzunehmen. Die themenzentrierten und indikativen Gruppen werden von Mitarbeitern mit anerkannter therapeutischer Weiterbildung und/oder entsprechend geschulten Mitarbeitern der Sozialarbeit oder der Arbeitstherapie geleitet.

- verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppensitzungen zum Selbstsicherheitstraining
- handlungsorientierte Angstbewältigung
- Training sozialer Kompetenz
- psychoedukative Aufklärung über die Krankheitssymptomatik und Krankheitsverlauf
- Indikationsgruppe Depression
- Elternsein als elementarer Bestandteil des eigenen Lebens

- Männer-/Frauengruppe
- Genusstraining nach Lindenmeyer
- Kreativgruppen

## INDIKATIVE VERFAHREN ZUR ENTSPANNUNG

Indikative Entspannungsverfahren werden von der ärztlichen Leitung, Mitarbeitern mit anerkannter therapeutischer Weiterbildung, oder von Mitarbeitern mit entsprechender fachbezogener Fortbildung im konkreten Verfahren durchgeführt.

Angeboten werden

- progressive Muskelentspannung nach Jacobsen
- Autogenes Training
- angeleitete Phantasiereisen
- Akkupunktur nach NADA
- Aromatherapie

Sie sollen der Verminderung von psychischen und körperlichen, vom Rehabilitanden oft als unerträglich empfundenen, Spannungszuständen dienen. Dazu gehören zum Beispiel Ängste und Unsicherheiten, Konzentrationsschwäche, leichte Erregbarkeit und Schlafstörungen. Bei regelmäßiger Anwendung und Nutzung entspannungstherapeutischer Verfahren kann der Rehabilitand in der Regel besser mit Craving- Situationen umgehen, weil er mit dieser Methode eine Möglichkeit hat, auch ohne die Einnahme von psychotropen Substanzen in Risikosituationen psychische und körperliche Spannung abzubauen. Damit unterstützt dieses Verfahren nachhaltig die Abstinenzbemühungen der Rehabilitanden.

## EINZELGESPRÄCHE

Einzelgespräche mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten sind ein fester Bestandteil des therapeutischen Angebotes und finden i. d. R. 1x wöchentlich (50 min.) statt, wobei eine Intensivierung insbesondere bei Krisen möglich ist. Einzelgespräche werden in der Regel vom für die entsprechende Kleingruppe zuständigen Therapeuten durchgeführt. In besonderen Fällen und bei besonderem (beispielsweise geschlechtsspezifischem) Bedarf können diese von einem anderen Mitarbeiter mit anerkannter therapeutischer Weiterbildung durchgeführt werden.

Die Einzelgespräche haben sowohl eine stützende als auch eine begleitende Funktion. Vorhandene Kompetenzen des Rehabilitanden sollen gestärkt und die Beziehungsfähigkeit, und damit auch die Integrationsfähigkeit in soziale Gruppen, gefördert werden. Zudem werden in den Einzelgesprächen anamnestische und diagnostische Daten erhoben oder schon vorhandene Daten präzisiert.



#### 4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Das Konzept zur beruflichen Wiedereingliederung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation besteht sowohl aus internen Leistungen, welche im Rahmen der Arbeits- und Ergotherapie bei Kompass Hof erbracht werden, wie auch aus externen Leistungen. Diese externen Leistungen werden im Verbund der stationären Rehabilitationsangebote der Kompass GmbH in Kooperation mit spezialisierten Trainern bzw. Jobcoaches erbracht. Hier können dem Rehabilitanden auf dem Weg zurück in das Berufsleben modulare Leistungen angeboten werden, welche im Rahmen der medizinischen Therapie bei Kompass Hof in dieser Intensität und Professionalität so nicht zu leisten wären. Die Basis für das BORA Programm bildet die ermittelte Zugehörigkeit zu einer der Zielgruppen.

Die Zielgruppen sind dabei wie folgt in fünf Adressaten definiert.

##### Zielgruppe 1:

Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen

##### Zielgruppe 2:

Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen

##### Zielgruppe 3:

Arbeitslose Rehabilitanden nach SGBIII (Bezug Arbeitslosengeld 1)

##### Zielgruppe 4:

Arbeitslose Rehabilitanden nach SGBII (Bezug Arbeitslosengeld 2)

##### Zielgruppe 5:

Nicht-erwerbstätige Rehabilitanden (Schüler, Studenten, Hausfrauen/-männer, Zeitrentner)

Die Zielgruppen 2, 3, 4 bilden den Schwerpunkt der Rehabilitanden welche bei Kompass Hof BORA-Leistungen in Anspruch nehmen. Aus der Zielgruppe 5 nehmen mehrheitlich Rehabilitanden die BORA-Leistungen in Anspruch, welche:

- nur zeitweise einer erlernten/nicht erlernten beruflichen Tätigkeit nachgekommen sind und suchtbedingt lange Zeiten der Erwerbslosigkeit aufweisen
- durch häufigen Arbeitsplatzwechsel und suchtbedingt ebenfalls lange Zeiten von Erwerbslosigkeit aufweisen
- durch die erlernte/nicht erlernte berufliche Tätigkeit kontinuierlich unter Rückfallgefahr stehen (Pharmaindustrie, med. Pflege, Gastronomie u. a.)

Über das **Würzburger Screening** werden die individuellen beruflichen Problemlagen ermittelt. Der Rehabilitand wird dadurch einer der oben genannten Zielgruppen zugeordnet.

Ebenfalls zu Behandlungsbeginn werden über die Auswertung des **AVEM** (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster) die Faktoren der persönlichen Risikolage beschrieben und damit ein fundiertes Gesamtprofil sichtbar gemacht. Die aus dem Gesamtprofil resultierenden vereinbarten berufsorientierten Rehabilitationsmaßnahmen werden im Behandlungsplan (Zielplanung) verbindlich festgeschrieben. Zur individuellen Klärung und Unterstützung der Zielumsetzung wird bei Kompass Hof zusätzlich ein ressourcenorientiertes Gruppentraining angeboten. Das **ZAZO** Modell (Zielanalyse und Zieloperationalisierung)

ermöglicht in vier aufeinander aufbauenden und gut evaluierten Modulen eine Förderung der beruflichen Motivation, sowie nachweislich eine subjektive Verbesserung der Prognose der Erwerbsfähigkeit.

Alle Rehabilitanden durchlaufen das oben genannte Screening, die Analyse und das Gruppentraining in der Phase der Integration. Im Rahmen der Kreativtherapie arbeiten die Rehabilitanden gemeinsam an Gruppen- oder Einzelprojekten und „schnuppern“ in die Bereiche der Arbeitstherapie stunden- und tageweise hinein. Gemeinsam mit dem Ergotherapeuten findet zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Therapieplans der Übergang in die Phase der Durchführung statt. Jeder Rehabilitand nimmt Montag bis Freitag an einem angeleiteten Arbeitsprogramm in den Bereichen Landwirtschaft, Gärtnerei, Vertrieb und Marketing (Hofladen/Märkte), EDV- und Bürokommunikation, Hauswirtschaft/Wäscherei sowie Catering oder Haustechnik teil.

Die interne Belastungserprobung wird zudem durch die Möglichkeit von externen Praktika ergänzt. Dadurch kann in vielen Fällen ein konkreter Bezug zur künftigen Tätigkeit der Rehabilitanden erfolgen.

Notwendige zusätzliche ergotherapeutische Maßnahmen werden im Rahmen einer Einzel- oder Gruppentherapie mit den Rehabilitanden erbracht.

#### **4.7.6 Sport und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken**

Nach einem sportlichen Eingangstest (Fitness) wird ein individueller Trainingsplan gemeinsam mit dem Rehabilitanden entwickelt.

Neben Einzel- und Intensivtrainings sind Gruppensportarten wie Fußball, (Beach)Volleyball und Basketball, sowie Ausflüge/ Wanderungen und Skifahren in der Gruppe mit im Angebot enthalten.

Bei Bedarf kann das Trainingsprogramm mit Hilfe eines regionalen Partners intensiviert werden. Viele Rehabilitanden erleben über die sportlichen Aktivitäten neben der Gesundheit des Körpers eine auch psychische Gesundheit, wodurch wiederum etwa depressive Verstimmung und Craving vermindert werden kann. Vielfach ist gerade die sportliche Betätigung ein nachhaltiger Faktor zur Steigerung der Lebensfreude und damit zur Verhinderung von Rückfällen.

Gerade bei Mannschaftssportarten wird das Erlernen von Achtsamkeit (dem eigenen gesunden Körper gegenüber, wie auch dem Teammitspieler), Rücksicht (Fairplay), das gemeinschaftliche Erreichen von Zielen (das Gewinnen), wie das gemeinschaftliche Ertragen von Niederlagen ermöglicht.

#### **4.7.7 Freizeitangebote**

Das Freizeitangebot ist wesentlicher Bestandteil der Gesamtbehandlung der Rehabilitanden und setzt sich aus einer Vielzahl aktiver Elemente zusammen. Als wesentlich erachten wir eine gesunde Mischung aus einerseits selbstorganisierter und andererseits angebotener Freizeit. Gerade die von uns im Schwerpunkt angesprochene Gruppe junger Erwachsener hat

kaum oder nur selten den Umgang mit der eigenen Langeweile gelernt. Die Freizeit beginnt individuell für jeden Rehabilitanden täglich nachdem die anderen Module des Therapieprogramms absolviert wurden, unter der Berücksichtigung der eigenen finanziellen Möglichkeiten und vorhandenen Mittel. Die sinnvolle Planung und Gestaltung sollte mit einem hohen Maß an Selbstverantwortung einhergehen und sukzessive von einer Teilnahme im Gruppenkontext, bei Beginn der Behandlung und dem richtigen Maß an fachlicher Anleitung/Unterstützung (Planung, Durchführung), hingeführt werden zu einer eigenverantwortlichen aktiven, selbstorganisierten und –initiierten Teilnahme. Wesentlich ist hier die Berücksichtigung des präventiven Gedankens. Inhaltlich zu berücksichtigen sind dabei:

- Planung von Ausgang/Einkauf nach Wochenplan (*Die, Sa*)
- Planung von Realitätserprobung in Form einer Familienheimfahrt
- Verwirklichung von Besuchen und Unternehmungen
- aktive Weiterbildung / Fortbildung
- Belebung tragender Familienkontakte
- nach Planung Gruppenunternehmungen oder Einzelunternehmungen (Kreativ/Gestalten, Sport, Vereinssport, Aktionsausflug)
- der Umgang mit Neuen Medien (Web 2.0; Handy, Spielekonsolen)
- sinnvoller Umgang mit Langeweile und Pausen

Ziel ist die stetige Erhöhung der Lebensqualität durch eine sinnstiftende und ausgleichende, den Anforderungen des Arbeitsalltages entsprechende, Beschäftigung mit der eigenen zur freien Verfügung stehenden Zeit. Außerdem die Erhöhung der Kompetenz diese Gestaltung möglichst selbstständig und eigenverantwortlich übernehmen/ ausführen zu können. Die attraktive Lage der Fachklinik erlaubt es den Rehabilitanden ohne Komplikationen schnell in einer der schönsten Gegenden Deutschlands aktiv und kostengünstig auch an kulturellen Freizeitangeboten (Konzerten, Lesungen, Ausstellungen etc.) teilzunehmen. In regelmäßigen Abständen bietet die Fachklinik hier Fahrten und Besuche an.

Ein besonderer Wert wird auf die Freizeitgestaltung innerhalb der Wohngruppen gelegt.

#### **4.7.8 Sozialdienst**

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

Konkrete Angebote sind

- Erstellung der Sozial- und Schuldenanamnese
- Begleitung/Beratung beim Ordnen von Papieren, sowie dem Anlegen eines persönlichen Ordners für jeden Rehabilitanden
- Unterstützung beim Schriftverkehr und im persönlichen Umgang mit Ämtern, Behörden, sowie anderen Institutionen
- Vermittlung sozialer Kompetenzen im Sinne eines exemplarischen Lernens
- In Anlehnung an BORA, weitere Beratung zur beruflichen Situation – Vermittlung an die Agentur f. Arbeit
- Schuldenregulierung und Vermittlung an externe Schuldnerberatungen in der Region
- Sozialrechtliche und juristische Beratung und Abstimmung mit Staatsanwaltschaften, Gerichten, Bewährungshelfern u. a.
- Einleitung der Kontaktaufnahme zu Adaptionen, betreuten Wohngemeinschaften, ambulanten Angeboten, z. T. auch stationären weiterführenden Angeboten
- Beratung, Klärung und Begleitung mit dem Ziel der wirtschaftlichen Sicherung
- sozialrechtliche Beratung bei Wohnungsfragen
- Planungen weiterer berufsintegrierender Maßnahmen durch den Rentenversicherungsträger bzw. einen anderen Sozialleistungsträger
- Entlass-Planung (vgl. Rehabilitationsprogramm)

#### **4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung**

Zum Wesen der Abhängigkeit gehört über die direkten gesundheitlichen Folgeschäden hinaus sehr häufig ein fehlender Bezug zu einem bewussten und an Gesundheit orientierten Lebensstil. Daher ist die körperliche Gesundheit, die u. a. durch Sport und Bewegung, sowie aktives Tun im Alltag erreicht werden kann ein wesentlicher Bestandteil der Therapie.

Ein erster wesentlicher Schritt in Richtung Lebensstilveränderung kann bereits durch Aufklärung und Wissensbildung erreicht werden. Daneben bildet aktives Training von Selbstachtsamkeit und Umweltbewusstsein, wodurch eigene Gesundheit in einem sozialökologischen Kontext gesetzt wird, einen weiteren Baustein.

Neben der grundsätzlich auch auf körperliche Gesundheit ausgerichteten (Psycho)therapie und Alltagsgestaltung wird das Behandlungsangebot konkret ergänzt durch:

- individuelles Gesundheitstraining
- individuelle Ernährungsberatung
- Nikotinentwöhnung nach Manual und Akkupunktur
- Beratung zur Körperpflege
- Prophylaxe Hinweise zu einer allgemeinen gesunden Lebensweise

- regelmäßige, tägliche Zimmerrundgänge und Feedbacks zur Ordnung und Reinlichkeit
- Teilnahme an einer Aufklärung zur Umweltbelastung
- gesundes Kochen lernen

#### 4.7.10 Angehörigenarbeit

Drogenabhängigkeit steht in jedem Fall in einem engen wechselseitigen Zusammenhang zur sozialen Umwelt, insbesondere zur Herkunftsfamilie und zu den Partnern und eigenen Kindern. Die innerfamiliären Beziehungsmuster im biographischen Kontext können einmal mitbedingender Faktor der Entstehung oder Aufrechterhaltung (etwa im Sinne einer Coabhängigkeit) sein, können andererseits erst in Folge der Abhängigkeit ihre stabilisierende Funktion verlieren. In jedem Fall korreliert eine stabile und intakte bzw. stabilisierte (familiäre) Beziehungskonstellation mit der Chance auf dauerhafte Abstinenz.

Bei Kompass Hof wird ein „Kennenlern-Gespräch“ als Basis für spätere Familienheimfahrten vorausgesetzt. Dieses Gespräch kann persönlich oder via Skype durchgeführt werden. Bei jungen Vätern werden die Lebensgefährtinnen mit in den Behandlungsverlauf einbezogen.

Dabei bestehen Möglichkeiten für einmalige Informationsgespräche und für konkrete Beratung, vereinzelt auch ergänzt durch familientherapeutische Gespräche. Angehörige werden außerdem unterstützt sich an Selbsthilfegruppen oder geeignete Beratungsstellen zu wenden bzw. werden an diese Weitervermittelt. In jedem Fall gilt es hier in besonderem Maß wechselseitige Schuldzuweisungen (oder auch wechselseitige Unschuldsbeteuerungen) zu durchbrechen und einen lösungsfokussierten allparteilichen Ansatz zu verfolgen.

#### 4.7.11 Rückfallmanagement

Im Rahmen stationärer Suchttherapie können nahezu alle Interventionen auch als Teil des Rückfallmanagements betrachtet werden. Der Rückfallprophylaxe und der Verhinderung von Therapieabbrüchen in Folge von fortgesetzten Rückfällen kommt eine besondere Bedeutung zu.

Nahezu die gesamte neuere Suchtforschung lässt darauf schließen, dass Rückfälle sowohl während als auch nach stationärer Therapie häufig „... so etwas wie notwendige Entwicklungsschritte darstellen ... und erst durch die eigenen Lehren aus Rückfällen eine (zumindest zeitweise) stabilere Abstinenz erreichbar ist“ (Körkel 1999, S. 39; vgl.: Stöver 1998). Somit ist der Rückfall kein zwingend notwendiges Ereignis, aber auch nicht per se Indiz für „Therapieverweigerung“. Im Sinne einer abstinenzorientierten Therapie bedarf es im Falle eines Rückfalls in jedem Fall besonderer professioneller therapeutischer Bemühungen. Marlatt (1985) unterscheidet zwischen einem leichten Rückfall dem „lapse“ und einem schweren Rückfall dem „relapse“. Dabei kann ein „lapse“ (häufig auch „Ausrutscher“ genannt) ohne gravierende Folgen wieder beendet werden, da dieser weniger person-, sondern mehr situationsabhängig ist. Dagegen hängt ein „relapse“ mehr von multiplen persönlichen Faktoren ab, der über die begleitende Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und Lebensumstände zu schneller Rückkehr zu altem Konsummuster führt.

Wird Therapie als Verhaltensänderung und als Entwicklung neuer, attraktiver Gewohnheiten verstanden, so muss im Falle eines Rückfalls davon ausgegangen werden, dass „... die ‚gute Gewohnheit‘ genauso verfügbar [bleibt], wie die ‚schlechte‘ es während der Remission war [...] Ein Rückfall kann als ein schlecht gelungener Versuch betrachtet werden, die Symptome zu kontrollieren ... Es erweist sich [auch], dass der Patient verschiedene kleine Lösungsversuche gemacht hat, die ihm gestattet haben, den Schaden zu beschränken. Diese werden ihm bei einem nächsten Ausrutscher hilfreich sein“ (Isebaert 2005, S. 16; vgl.: Altmannsberger 2004). Letztlich ist Abstinenz keine eindeutige Entscheidung, sondern ein motivationaler Prozess (vgl.: Prochaska und DiClemente 1982)

Die Risikosituationen für Rückfälle sind bekannt:

In der überwiegenden Zahl der Fälle gehen dem Rückfall drei Situationen voraus: unangenehme Gefühle, Einsamkeit im Anschluss an Konflikte und soziale „Verführung“. Der Rückfall erscheint somit als Folge einer Kombination aus vier Faktoren:

- a) Unausgewogener Lebensstil und scheinbar irrelevante Entscheidungen
- b) Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für Risikosituationen
- c) Vorhandene Bewältigungsstrategien reichen nicht aus und
- d) Drogenkonsum begünstigende Kognitionen und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung oder eine unrealistisch hohe Selbstwirksamkeitserwartung im Sinne einer starken Selbstüberschätzung spielen eine wesentliche Rolle (vgl.: Körkel & Schindler 2003).

Bei Kompass Hof werden zunächst bereits einem Rückfall häufig vorausgehende Verhaltensweisen und Verhaltensänderungen, etwa auch Abweichungen der vereinbarten Tagesstruktur, fokussiert. Die Möglichkeiten hier kontrollierend und frühzeitig zu intervenieren werden durch die Wohngruppenstruktur und die geringe Größe der Einrichtung mit familiärem Charakter begünstigt. Dabei gilt es im gesamten Therapieverlauf alle Rehabilitanden und Mitrehabilitanden zu einem sensiblen und aufmerksamen Umgang mit „Vorsignalen“ zu motivieren.

Im Anschluss an dieses Rückfallverständnis und an die (radikale) Anerkennung der Sucht als Krankheit und nicht als delinquentes Verhalten wird die disziplinarische Entlassung bei Kompass Hof zunächst nicht angestrebt.

Vor der Entscheidung für oder gegen eine Entlassung wird ein festgelegtes Verfahren angewandt:

- a) Zunächst erfolgt die medizinische Abklärung der Situation (Suizidalität, Medikation)
- b) Eine sofortige disziplinarische Entlassung erfolgt in keinem Fall wenn:
  - Der Rehabilitand keinerlei aktives „Vertuschen“ (z. B. Depot angelegt, andere zum Schweigen angehalten etc.) zeigt
  - Der Rehabilitand sich kooperativ zeigt (Verbleib i. d. Orientierungsstation bzw. Besinnung) und die Anweisungen des Teams beachtet/befolgt
- c) Anschließend werden folgende Voraussetzungen geprüft und im weiteren Verlauf mit berücksichtigt
  - die interaktiven und intellektuellen Möglichkeiten d. Rehabilitanden

- die eigene Betroffenheit des Therapeuten
- an dieser Stelle eine Vermeidung von Ursachenforschung (diese ist später möglich) oder Moralisierung der Krise

d) Anschließend stellen sich einige Aufgaben und fragen:

- Wer muss informiert werden?
- Was muss der Rehabilitand tun um die nächsten Tage abstinent zu bleiben?
- Was können wir dazu beitragen?
- Wie hoch ist das Vertrauen in die medizinische Therapie?
- Ist der Rehabilitand in unserer medizinischen Therapie richtig?
- Muss der Therapiezielplan verändert werden oder sollte die Situation nochmals durchlaufen werden?
- Sollte eine Konfrontation mit der Rückfallrisikosituation erneut versucht werden?
- Rückfallanalyse
- Welches individuelles Trainingsprogramm braucht es in den Bereichen Psychotherapie, Arbeits- und Ergotherapie, sowie im Bereich Sporttherapie und Freizeitgestaltung
- Was für ein Feedback gibt die Wohn-/Kleingruppe?
- Was für ein Feedback gibt die Vollversammlung?
- Welche Vereinbarungen werden mit der Gruppe geschlossen und schriftlich fixiert?

e) Entscheidung durch die Leitung im therapeutischen Team

#### **4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege**

Die Pflegekräfte der Einrichtung sind in die Alltagsbegleitung der Rehabilitanden integriert und übernehmen hier schwerpunktmäßig beraterische Tätigkeiten etwa in den Bereichen Gesundheitsbildung. Folgende Aufgaben werden schwerpunktmäßig übernommen:

- Die Durchführung u. Dokumentation v. Drogenscreenings
- Die Durchführung u. Dokumentation v. Atemluftkontrollen
- Das Anfordern v. Laborbefunden
- Die Organisation der ärztlichen Sprechstunde
- Das Stellen und Vergeben d. Dauermedikation<sup>84</sup>
- Die Vorschriftsmäßige Bestückung der Notfallverbandskästen
- Die Anforderung von medizinischen Vorbefunden
- Die Eichung/Kontrolle der medizinischen Instrumente<sup>85</sup>

- Die Terminvereinbarung weiterbehandelnder Ärzte
- Die Bearbeitung von BG Fällen
- Die Kommunikation intern mit den Bereichen b. Krankschreibung
- Die Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz (IFSG) – Gesundheitsinformation für den Umgang mit Lebensmitteln
- Die regelmäßigen Zimmerkontrollen u. Dokumentation – dabei Hilfestellung gebend und anleitend
- Die Begleitung in den Abendstunden
- Nachtdienste
- Die Hygieneschulung
- Die Aufklärung und Begleitung zu Aromatherapie, Kneipp, Anwendung von Naturheilkunde
- Akkupunktur; Akupressur

#### **4.7.13 Weitere Leistungen**

##### **ELTERN SEIN – GRUPPE für MÜTTER und VÄTER**

Eine Besonderheit in der medizinischen Rehabilitationsklinik Kompass Hof ist das Angebot einer Gruppe mit (in der Regel jungen oder werdenden) Vätern und Müttern. Die Gruppe wird vom Einrichtungsleiter und/oder einem Mitarbeiter mit anerkannter therapeutischer Weiterbildung durchgeführt.

##### **MEDIENARBEIT**

Kompass Hof erkennt den gesellschaftlichen Wandel hin zu einer stark digitalisierten Welt und den damit einhergehenden Überforderungstendenzen durch eine Flut an Informationen als einen Aspekt des modernen Lebens an und fördert den gesunden, sinnhaften und legalen Umgang mit den Medien. Im Fokus stehen dabei die Handynutzung und der Umgang mit Browsergames, die Analyse des Surfverhaltens, sowie des damit einhergehenden Konsumverhaltens. Bereits in der Aufnahmesituation wird deshalb eine Medienanamnese erhoben. Hier macht der Rehabilitand Angaben zu seinem Umgang mit Medien. Es erfolgt eine Aufklärung über illegalen und rechtswidrigen Umgang insbesondere beim Besuch von Websites und dem Erwerb von Produkten (Filme, Bilddateien, Musikdownloads). In einem Gespräch mit dem Bezugstherapeuten werden die Ergebnisse der Medienanamnese thematisiert, weitere Fragen beantwortet und entschieden, in welchem Rahmen und in welcher Form während der Behandlung eine Nutzung diverser Medien gestattet ist.



#### 4.7.14 Beendigung der Leistungen zur Rehabilitation

Jede therapeutische Maßnahme ist aus unserer Sicht auf das Therapieende bzw. die Zeit nach der Therapie hin auszurichten. Somit sind die Entlassung, sowie die Kriterien für eine „erfolgreiche“ Entlassung bereits während der Festlegung der Therapieziele zu Beginn der Maßnahme bedeutsam. Die Vorbereitung der Entlassung der Rehabilitanden wird demnach von allen Mitarbeitern im Rahmen der jeweiligen Profession bei allen Interventionen mit berücksichtigt. Die Beendigung der Leistung wird konkret in einer multiprofessionellen intensiveren Fallbesprechung im Team erstmals thematisiert. In jedem Fall wird auf eine Weiterbehandlung (etwa als Adaption oder als Nachsorge) hingewirkt und diese eingeleitet. Hier wird in jedem Fall noch einmal auf eine ambulante Weiterbehandlung hingewirkt, sowie entsprechende Maßnahmen (Antragsstellung etc.) ergriffen.

Die Formen der Beendigung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation können sein:

- regulär
- vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis
- disziplinarisch und auf ärztliche Veranlassung
- Verlegung auf ärztliche Veranlassung
- Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis

In der letzten Therapiewoche vor der Entlassung werden ein therapeutisches Abschlussgespräch – das den gesamten Therapieverlauf und die letztlich im Entlassbericht festgehaltenen Schwerpunkte zum Inhalt hat – sowie eine medizinische Entlassuntersuchung durchgeführt. In diesem Gespräch wird mit dem Rehabilitanden außerdem der Inhalt des Entlassberichts sowie die Empfehlungen für Weiterbehandlung besprochen. Außerdem werden dem Rehabilitanden unterschiedliche Möglichkeiten zur Verabschiedung von der Gruppe aufgezeigt. Jedem Rehabilitanden werden praktische Hilfestellungen am Entlasstag (Fahrten etc.) angeboten, sowie die Möglichkeit aufgezeigt insbesondere in den ersten Wochen nach der Therapie die Beziehung zur Einrichtung für mögliche Beratungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Der Entlassbericht wird entsprechend dem Leitfaden der DRV innerhalb von maximal 10 Werktagen erstellt.

Bei Therapieabbruch durch den Rehabilitanden wird zunächst versucht ihn zu einer Weiterbehandlung zu motivieren. Sofern dies nicht gelingt, werden dem Rehabilitanden Möglichkeiten zu einer anderen Weiterbehandlung, sowie Möglichkeiten zur Rückfallprophylaxe gegeben. Zur Verhinderung einer nach Therapieabbrüchen erhöhten Gefahr einer Überdosierung werden dem Rehabilitanden in jedem Fall Informationen erteilt. Dies wird schriftlich dokumentiert. Eine disziplinarische Entlassung erfolgt, sofern eine Weiterbehandlung mit größter Wahrscheinlichkeit nach therapeutischer Einschätzung nicht erfolgreich im Sinne der allgemeinen und persönlichen Zielsetzungen sein kann, beispielsweise nach Rückfall oder nach dauerhafter (medizinisch nicht begründbarer) Verweigerung zur Teilnahme am Therapieprogramm. Eine disziplinarische Entlassung erfolgt außerdem, wenn durch eine Weiterbehandlung mit Sicherheit Mitrehabilitanden gefährdet wären. Sofern möglich werden eine Querverlegung oder Maßnahmen zur Anschlussbetreuung eingeleitet. Bei Abbruch oder disziplinarischer Entlassung werden mögliche Suizidgefahren ausgeschlossen bzw., sofern eine Suizidgefahr besteht, wird eine Einweisung in eine Fachklinik eingeleitet.

## 5. Personelle Ausstattung

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

Fachärztliche Leitung mit fachlicher Gesamtverantwortung: Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Einrichtungsleiter: fachliche, sowie dienstrechtliche Gesamtverantwortung

Psychologe i. A. (Psychologischer Psychotherapeut)

Psychologin i. A. (Suchttherapeutin)

Sozialpädagogin, M.A. Suchttherapie

Sozialpädagogen/innen

Suchtmediziner

Krankenschwester

Krankenpflegehelferinnen/Nachtdienst

Diätassistentin

Arbeits- und Ergotherapeuten

Sporttherapeut

Betriebliche Leitung Hauswirtschaft

Hauswirtschaftlerin

Koch

Gärtner

Verwaltungsfachkraft

Ehrenamtliche Mitarbeiter

## 6. Räumliche Gegebenheiten

Die Rehabilitanden finden sich zu Behandlungsbeginn in jeweils auf zwei Etagen befindlichen möblierten Einzel- und Zweibettzimmern mit integrierten Nasszellen/ Badezimmern ein. Im Erdgeschoss sind **sechs barrierearme Einzelzimmer** mit entsprechend barrierefreier Nasszelle/Badezimmer.

Es stehen ein Therapiegroßgruppenraum, sowie mehrere Kleingruppenräume (jeweils mit Möglichkeit zur Durchführung von Entspannungsverfahren) zur Verfügung.

Auch für Besucher sind auf allen Etagen ausreichend Toiletten vorhanden.

Den Rehabilitanden stehen mehrere Gemeinschaftsräume, eine Sauna mit Ruheraum, ein Fitnessraum, sowie ein Musikzimmer mit verschiedenen Instrumenten und der Möglichkeit zur digitalen Vertonung und Aufzeichnung zur Verfügung.

Neben Büro- und Verwaltungsräume, sowie einer Pforte, gibt es außerdem einen Raum für ergotherapeutische Angebote.

Es stehen kleinere Küchen zur Selbstversorgung zur Verfügung. Für die Gemeinschaftsverpflegung ist eine Großküche mit entsprechenden Lagerräumen vorhanden.

Für Nachtdienste steht ein eigenes Zimmer mit eigener Nasszelle zur Verfügung.

Im Außenbereich gibt es einen Volleyballplatz, eine Wiese, einen Grillplatz mit Sitzmöglichkeiten und einen kleinen Parkt mit Sitzmöglichkeiten.

## 7. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik Kompass Hof ist über den Gemeindepsychiatrischen Verbund Memmingen/Unterallgäu und den Suchtarbeitskreis Memmingen vernetzt. Wir sind Mitglied beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, beim Bundesverband stationärer Suchttherapieeinrichtungen (BUSS), sowie dem Fachverband Drogen und Suchtmittel (fdr).

Kooperationen mit externen Partnern bestehen u. a. mit:

- den Beratungsstellen Therapie Sofort in Augsburg und die PSB der AWO in Memmingen, sowie die externe Suchtberatung der JVA Memmingen und Kempten
- den Bezirkskrankenhäusern in Kaufbeuren, Augsburg, Mainkofen und Taufkirchen, sowie die Entgiftung der Villa Schwabing. Insbesondere mit dem BKH Kaufbeuren besteht eine enge Kooperation, u. a. um eine reibungslose Notfallversorgung zu gewährleisten.
- der Allgemeinarztpraxis Dr. Honcamp in Mindelheim, sowie Facharztpraxen in Mindelheim.
- dem Krankenhaus Mindelheim zur Versorgung akuter Erkrankungen
- der Agentur für Arbeit, Mindelheim und dem Jobcenter Mindelheim besteht eine enge Kooperation mit regelmäßigem persönlichem Austausch. Sowohl allgemein als auch in besonderen Einzelfällen können durch diesen persönlichen Austausch schnelle Lösungen gefunden werden, um eine reibungslose Integration in den Arbeitsmarkt und eine nahtlose Klärung der Lebenshaltungsfinanzierung während der Therapie zu gewährleisten.
- der Schuldnerberatungsstelle der Caritas Mindelheim, die bei Bedarf Beratungstermine in der Einrichtung anbietet.

Die Einrichtung kooperiert selbstverständlich mit allen Beratungsstellen, Entgiftungskrankenhäusern (insbesondere im Zusammenhang mit dem Nahtlosverfahren), Adaptionen und Nachsorgeeinrichtungen.

## 8. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

In § 20 SGB IX wird die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems gefordert, durch das festgelegt wird, dass medizinische Rehabilitationseinrichtungen zielgerechte und systematische Verfahren und Maßnahmen festlegen, durch die die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert wird. Die Umsetzung wird unternehmensweit bei der Kompass Drogenhilfe GmbH gewährleistet. Seit Februar 2012 ist Kompass Direkt nach QMS Reha, dem von der DRV Bund herausgegebenen und von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkannten Qualitätsmanagementverfahren, zertifiziert. Eine Re-Zertifizierung erfolgt künftig alle drei Jahre.

Seit Dezember 2009 ist die Einrichtung im Rahmen einer alle Einrichtungen der Kompass Drogenhilfe GmbH umfassenden Matrixzertifizierung zuletzt nach ISO 9001:2015 zertifiziert. Die Re-Zertifizierung erfolgt jährlich.

Für die Umsetzung der Qualitätsstandards, sowie die Anleitung der Mitarbeiter ist eine langjährige als Qualitätsmanagementbeauftragte und interne Auditorin ausgebildete Mitarbeiterin der Einrichtung beauftragt. Der Leiter der Einrichtung ist zudem als Zentraler Qualitätsmanagementbeauftragter der gesamten Kompass Drogenhilfe GmbH einrichtungsübergreifend tätig. Zur Qualitätssicherung werden neben den Zertifizierungsaudits und neben spezifischen Konferenzen im Mitarbeiterteam mindestens einmal jährlich jeweils ein internes Systemaudit, sowie ein Prozessaudit durchgeführt. Das Qualitätsmanagementverfahren wird in einem allen Mitarbeitern zugänglichen Handbuch beschrieben. Die Qualitätsentwicklung und -dokumentation erfolgt über die Internetbasierte, jedem Mitarbeiter zugängliche, Plattform easyQM. Die erforderlichen Zuständigkeiten sind vertraglich im Rahmen von Beauftragungen geregelt (z. B. Datenschutz, Sicherheit, Ersthelfer, Brandschutzhelfer), somit ist die Einhaltung der gesetzlichen, berufsgenossenschaftlichen und versicherungsrechtlichen Bestimmungen gewährleistet.

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

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

## 9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

- Die Entwicklung der Einrichtung und die jeweiligen Besonderheiten werden innerhalb der kooperativen, kollegial-fachlichen Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, dem ärztlichen Gesamtleiter und den Leitern der anderen Einrichtungen des Trägers einmal monatlich wechselseitig berichtet. In diesem Zusammenhang bestehen jederzeit Möglichkeiten außerplanmäßige Konferenzen oder kollegiale Besprechungen einzuberufen, um auf mögliche Besonderheiten schnell reagieren zu können.

- Vierteljährlich werden planmäßig Konferenzen der Geschäftsführung, des ärztlichen Gesamtleiters und der Einrichtungsleiter aller Einrichtungen durchgeführt. Somit ist eine enge, fachliche Kooperation und schnelle Reaktion möglich.
- Der Leiter der Einrichtung, sowie die Qualitätsmanagementbeauftragte arbeiten außerdem im Verbund mit den anderen Einrichtungen des Trägers in regelmäßigen Treffen zusammen.

#### **Klinikintern:**

- Zweimal wöchentlich wird eine **Fallkonferenz** im multiprofessionellen therapeutischen Team durchgeführt. Hier sind die Fachbereiche Medizin, Psychotherapie und Arbeitstherapie vertreten. Im Rahmen dieser Konferenz werden mit den Rehabilitanden gemeinsam die persönlichen Therapiezielsetzungen besprochen.
- Mindestens 14tägig finden **Subteams** der jeweiligen **Fachbereiche** AT/Ergotherapie, Hauswirtschaft, Sozialarbeit, Medizin statt.
- Einmal wöchentlich findet ein **Gesamtteam** statt.
- Morgens und abends wird täglich eine **mündliche Kurzübergabe** durchgeführt.
- Die Kommunikation und Informationsweitergabe wird für alle Mitarbeiter über ein digitales **Teambuch**, ergänzt durch mündlichen Kontakt und e-mail, geregelt.
- In etwa viertel- bis halbjährlich wird eine **Klausurtagung** mit allen Mitarbeitern, bzw. themenspezifisch mit Mitarbeitern der betroffenen Fachbereiche durchgeführt
- Einmal im Monat findet eine **Supervision** mit wechselnden Inhalten und wechselnden Teilnehmern, insgesamt für alle Mitarbeiter statt.
- Bei Bedarf können weitere Besprechungen innerhalb der Einrichtung, sowie in Kooperation mit jeweiligen Fachkollegen aus anderen Einrichtungen durchgeführt werden.
- In regelmäßigen Abständen werden Teams zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements der Einrichtung durchgeführt.
- Alle QM-relevanten Informationen, sowie alle nicht rehabilitandenspezifischen Dokumente und Vorlagen sind in einer jeweils aktuellen Version für alle Mitarbeiter in einem QM-Portal „easyQM“ zugänglich.
- Die Dokumentation und KTL-Dokumentation erfolgt über das für alle Mitarbeiter zugängliche Programm PATFAK.

## 10. Notfallmanagement

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

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

Die vorgeschriebene Ausstattung (Defibrillator, Feuerlöscher, Erste-Hilfe-Kasten, Notfallkoffer, Fluchtwegebeschilderung etc.) ist vorhanden und wird von den jeweils namentlich benannten Fachkräften und Beauftragten überprüft, bzw. die Überprüfung in Auftrag gegeben.

Die Terminierung von Prüfintervallen erfolgt über automatisierte Benachrichtigungen durch das QM-Portal „easyQM“.

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

Für Rehabilitanden und Mitarbeiter werden entsprechende Notfallpläne mit jeweils relevanten Telefonnummern durch Aushang bekannt gemacht.

Die Einrichtung ist 24 Stunden mit einem Mitarbeiter besetzt.

Es besteht eine 24stündige Rufbereitschaft der leitenden Ärztin, sowie weiterer Mitarbeiter.

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

Es steht ein Notfallalarmsystem für alle Rehabilitandenzimmer zur Verfügung

## 11. Fortbildung

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

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

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

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

Innerhalb der Kompass Drogenhilfe werden einrichtungsübergreifend regelmäßig interne Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Die regelmäßige Teilnahme an diesen Modulen ist verpflichtend.

Es besteht ein Einarbeitungsplan mit schriftlicher Dokumentation für neue Mitarbeiter.

## **12. Supervision**

Es wird eine regelmäßige Supervision einmal monatlich von einem externen, entsprechend ausgebildeten Supervisor durchgeführt.

Außerdem werden durch die fachlichen Leitungen der Einrichtung (ärztliche Leiterin, Einrichtungsleiter), sowie psychotherapeutisch geschulte Mitarbeiter regelmäßige Fallsupervisionen im Rahmen der wöchentlichen Teams durchgeführt.

## Literatur

- Aktion Psychisch Kranke (2009). *Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Tagungsbericht Berlin, 18./19. Juni*. Bonn.
- Altmannsberger, W. (2004). *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual*. Göttingen u. a.
- Beck, J. (1999). *Praxis der kognitiven Therapie*. Weinheim.
- 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 (2013). *Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankung“ vom 4.5.2001*. Berlin
- DRV Bund (2017). *Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017 („Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“)*. Berlin
- FDR (Hrsg.). (1997). *Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe. Schwerpunkt Drogenarbeit*. Geesthacht.
- FDR (Hrsg.). (1998). *Grenzgänge der Drogenarbeit: Hilfesysteme berühren sich; Dokumentation des 19. Bundes Drogen Kongresses 1996 in Bremen*. Geesthacht.
- Gerken, K., R. Müller & D. Wimmer (2011). *Handbuch Sucht. 3 Bände*. Sankt Augustin.
- 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. (1992). *Gibt es eine Suchtpersönlichkeit?* Geesthacht.
- Isebaert, L. (2005). *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. Stuttgart.
- Keupp, H. (1972). Sind psychische Störungen Krankheiten? In: H. Keupp (Hrsg.). *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie*. München, S. 1 – 43.
- Keupp, H. u. a. (1999). *Identitätskonstruktionen: Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek.



- Klein, R. (<sup>2</sup>2005). *Berauschte Sehnsucht. Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens*. Heidelberg.
- Körkel, J. & Ch. Schindler. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Heidelberg.
- Körkel, J. (1999). Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. *Abhängigkeiten*, 5, S. 24 – 45.
- Kriz, J. (<sup>3</sup>1991). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim.
- Ludewig, K. (<sup>4</sup>1997). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model. In: G. A. Marlatt J. R. Gordon (Hrsg.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York, s. 3 – 70.
- Miller, W. R. & S. Rollnick (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau.
- Nowak, M. R. Schiffman & R. Brinkmann (Hrsg.). (<sup>2</sup>1996). *Drogensucht. Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis*. Stuttgart, New York.
- Petzold, H. (2004). *Integrative Suchttherapie*. Weinheim.
- Prochaska J. O. & C. C. DiClemente. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory, research and Practice*, 19, S. 276 – 288.
- Rost, W.-D. (1987). *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Stuttgart.
- Rost, W.-D., (2003). Zur Aktualität des psychoanalytischen Ansatzes in der Suchtbehandlung. *Zeitschrift für Psychotherapie im Dialog: Sucht*. H 2/2003. Stuttgart, New York, S. 112 – 118.
- Schandry, R. (<sup>2</sup>2006). *Biologische Psychologie*. Weinheim.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung*. Göttingen.
- Schindler, A. (2013). Bindung und Sucht – theoretische Modelle, empirische Zusammenhänge und therapeutische Implikationen. In: K. H. Brisch (Hrsg.). *Bindung und Sucht*. Stuttgart.
- Schmidt, G. (2005). *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung*. Heidelberg
- Schneider, P. K. & E. Ruff. (1985). *Der begriffene Wahnsinn. Ein kognitives Modell zur Aufklärung und Therapie des psychotischen Verhaltens*. Frankfurt a. M., New York.
- Schwehm, H. (<sup>2</sup>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
- 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.
- Tretter & A. Müller (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen, S. 73 – 98.
- 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. Vogelsang, M. (2016). Kognitive Verhaltenstherapie. In: Vogelsang, M. & P. Schuhler (Hrsg.). *Psychotherapie der Sucht – Methoden, Komorbidität und klinische Praxis*, Lengerich, S. 145 – 172.
- Wöbcke, M. (1977). *Rauschmittelmissbrauch – Prävention und Therapie*. München.
- Yablinski, L. (1990). *Die Therapeutische Gemeinschaft. Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit (= Suchtprobleme in Pädagogik und Therapie 8)*. Weinheim u. a.
- Yalom, I. D. (2016). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart.

## Anhang: Wochenplan/ Therapievertrag

### Anhang: Therapievertrag

Zwischen der Fachklinik Kompass Hof

und \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

wird folgender Vertrag geschlossen:

Damit eine weitestgehend reibungslose Behandlung erfolgen kann ist es unbedingt erforderlich, dass die im Folgenden aufgeführten Aspekte beachtet werden:

Als oberster **Grundsatz** gilt es Sorge zu tragen für:

- **Alkohol- und Drogenfreiheit der Menschen, der Räume und deren Umgebung**
- **Gewaltfreiheit sowohl von körperlicher wie psychischer**
- **Einen respektvollen und von gegenseitiger Achtung getragenen Umgang**
- **Ein Verlassen des Klinikgeländes ist nur nach Absprache mit dem Personal möglich**

Für den erfolgreichen Verlauf der Therapie ist außerdem eine **aktive und selbstverantwortliche** Beteiligung am Therapieprogramm und am Alltag der Gemeinschaft von entscheidender Wichtigkeit

Dazu gehört auch das Anerkennen der in dieser Fachklinik geltenden

- **Behandlungsregeln (siehe A-Z-Liste)**

**Im Falle eines Verstoßes gegen diesen Vertrag kann die Behandlung abgebrochen werden.**

Wir sind uns bewusst, dass während der Therapie Krisen, Unstimmigkeiten, Missverständnisse und auch Fragen auftreten können. Wir bitten Sie daher uns kurz darzulegen, welche Risikofaktoren oder –Situationen bei Ihnen persönlich zu einer Gefährdung (Konsum von Rauschmitteln) führen können. (Im weiteren Verlauf werden Sie darüber im Detail mit Ihrem Bezugstherapeuten sprechen)

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_

Bitte sprechen Sie mit uns, dem Team und informieren Sie die Menschen, in deren **Gemeinschaft** Sie nun Ihre Behandlung beginnen. Fragen Sie wo es Ihnen nicht plausibel oder nachvollziehbar erscheint was ist. Wir sind an einer stetigen Verbesserung unserer Arbeit interessiert.

Es ist wichtig, wenn auch vielleicht im ersten Moment ungewohnt, dass Sie sich von Anfang an entscheiden, egal wie schwer es auch sein mag, die **Wahrheit** als Grundstein des gegebenen **Vertrauens** zu erkennen, welches wiederum notwendig ist um zusammen arbeiten zu können.

Wir können Sie nur so gut und erfolgreich behandeln, wie Sie uns über Ihren persönlichen Stand informieren.

---

Ort, Datum

---

Rehabilitand

---

Teamer

Holger Baumann  
Leiter d. Einrichtung

Elfriede Bullinger  
Ärztliche Leiterin

## Anhang: Wochenplan

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
ab 6.00 AT Wald/Garten (nur im Sommer), ab 7.00 AT Küche						
7.30 - 7.45 Frühstück						
7.45 - 8.00 Medikamentenvergabe						
	ab 8.00 Rückenschule	ab 8.00 Sprechstunde Dr. Honcamp	ab 8.40 Ergotherapie			
Einzelgespräche nach individueller Vereinbarung						
8.00 - 12.30 AT*	8.00 - 12.30 AT*	8.00 - 12.30 AT*	8.00 - 12.30 AT*	8.00 - 12.00 AT*		
8.30 - 9.30 Befindl.g.	8.30 - 9.30 Orientier.gr.	8.30 - 9.30 Orientier.gr.	8.30 - 9.30 Orientier.gr.	8.30 - 9.30 Orientier.gr.	9.00 Brunch	
10.00 - 12.00 selbständig	10.00 - 12.00 Kreativgruppe	10.00 - 12.00 Kreativgruppe	10.00 - 12.00 Kreativgruppe	10.00 - 12.00 Kreativgruppe	9.45 - 10.00 Medik.v.	10.00 Brunch
12.30 - 13.00 Mittagessen				12.00 - 12.30 Mittagessen		
13.00 - 13.15 Medikamentenvergabe				12.45 - 13.00 Medik.v.		
13.15 - 13.45 Postausgabe				13.00 - 14.30 Gruppe		
Ab 13.20 Ernährungsberatung						
Ab 14.00 Sprechstunde Dr. Honcamp	14.00 - 15.30 KG	14.00 - 15.30 Integr.gr.	14.00 - 15.30 Indikative Gruppe*	14.00 - 15.30 KG	14.00 - 15.30 Integr.gr.	14.30 - 15.15 Postausgabe
14.30 - 16.00 Plenum			15.45 - 17.15 Indikative Gruppe*		begl. Einkauf	
						Einkäufe unbegleitet
					15.45 - 16.45 WG-Putz	
				17.30 - 18.30 Yoga		
18.30 Abendessen						
			19.00 - 20.00 Akupunktur			
22.00 - 22.15 Medikamentenvergabe						
						22.00 - 22.15 Med.v
23.00 - 23.15 Medikamentenvergabe						
23.30 Hausruhe				0.30 Hausruhe		
23.30 Hausr.						
Sport, Änderungen und Besonderheiten laut Tagesplan						
Alle außer A+O	nur A+O	Alle	individuell	*nach Aushang		