



# KONZEPT

---

## Kompass Impuls

# Stationäre Therapieeinrichtung

für suchtmittelabhängige und suchtmittelgefährdete  
Jugendliche und junge Erwachsene

Stand November 2012

Autorin: Dr. med. Martina Wittmann

# Inhalt

<b>1.</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Allgemeines .....</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>Träger der Einrichtung .....</b>	<b>7</b>
<b>4.</b>	<b>Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung .....</b>	<b>8</b>
4.1	Die Entstehung von Kompass Impuls.. .....	8
4.2	Zielgruppe.....	8
4.3	Besonderheiten der Einrichtung.....	9
4.4	Lage.....	9
4.5	Schulische Förderung der Patienten.....	9
<b>5.</b>	<b>Rehabilitationskonzept .....</b>	<b>10</b>
5.1	Theoretische Grundlagen .....	10
5.1.1	Biologische Aspekte.....	11
5.1.2	Psychologische Aspekte .....	12
5.1.3	Soziale Aspekte .....	15
5.1.4	Komorbidität bei Jugendlichen .....	15
5.1.5	Sucht als inadäquate Konfliktlösestrategie.....	16
5.2	Rehabilitationsindikationen und Kontraindikation.....	18
5.3	Rehabilitationsziele .....	20
5.3.1	Biologisch-körperliche Teilziele .....	20
5.3.2	Psychische Teilziele .....	20
5.3.3	Soziale Kompetenzen und Teilhabe an Privat- und Familienleben, Schule und Beruf .....	21
5.4	Rehabilitationsdauer .....	22
5.5	Individuelle Rehabilitationsplanung.....	22
5.5.1	Ziele der 1. Phase .....	22
5.5.2	Ziele der 2. Phase .....	24
5.5.3	Überleitungsprozess / Entlassplanung .....	25
5.6	Rehabilitationsprogramm .....	25
5.7	Rehabilitationselemente .....	27
5.7.1	Aufnahmeverfahren.....	27
5.7.2	Rehabilitationsdiagnostik .....	28
5.7.3	Medizinische Behandlung .....	29
5.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote.....	30

5.7.5	Arbeitsbezogene Interventionen.....	32
5.7.6	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken .....	33
5.7.7	Freizeitangebote.....	34
5.7.8	Sozialdienst.....	34
5.7.9	Gesundheitsbildung und Ernährung .....	35
5.7.10	Angehörigenarbeit.....	35
5.7.11	Rückfallmanagement.....	35
5.7.12	Pflege .....	37
5.7.13	Weitere Leistungen – Schulunterricht.....	37
5.7.14	Beendigung der medizinischen Rehabilitation.....	38
<b>6.</b>	<b>Personelle Ausstattung.....</b>	<b>39</b>
<b>7.</b>	<b>Räumliche Gegebenheiten.....</b>	<b>39</b>
<b>8.</b>	<b>Kooperation und Vernetzung.....</b>	<b>40</b>
<b>9.</b>	<b>Maßnahmen der Qualitätssicherung.....</b>	<b>41</b>
<b>10.</b>	<b>Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation .....</b>	<b>41</b>
<b>11.</b>	<b>Notfallmanagement .....</b>	<b>42</b>
<b>12.</b>	<b>Fortbildung.....</b>	<b>42</b>
<b>13.</b>	<b>Supervision .....</b>	<b>42</b>
<b>14.</b>	<b>Anhänge .....</b>	<b>43</b>
14.1	Tagesplanung .....	43
14.2	Hausordnung .....	44
14.3	Literaturliste .....	

## 1. Einleitung

Kinder und Jugendliche sind in unserer Gesellschaft zunehmend den Gefahren verschiedener Suchtmitteln ausgesetzt. Wegen des persönlichen Leids der Betroffenen, aber auch wegen der gesellschaftlichen Relevanz dieses Themas, das zunehmend in das öffentliche Bewusstsein geriet, ergab sich Handlungsbedarf. Jedoch fielen fast regelhaft Suchtmittel konsumierende und süchtige Jugendliche durch das für sie zuständige Hilfesystem, da drei verschiedene, nicht miteinander vernetzte Systeme für sie zuständig waren. Die Suchthilfe war nicht eingerichtet für jugendliche Abhängige, die Jugendhilfe schloss meist per Konzept abhängige und suchtgefährdete Jugendliche aus ihren Hilfsangeboten aus und die Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelte ebenso wenig konsumierende Jugendliche.

Dies war die Situation, die sich bei Gründung von Kompass Impuls darstellte: dringender Hilfebedarf für Jugendliche und drei nicht miteinander verzahnte Systeme. Deshalb gründete die Kompass Drogenhilfe 1998 die erste stationäre Entwöhnungseinrichtung in Bayern für Jugendliche mit Hilfe der Rentenversicherung Schwaben, um sich diesem Problem zu widmen. Die Hürden der Kooperation zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe wurden überwunden durch Zusammenarbeit und durch die Gestaltung einer einjährigen Maßnahme, für die nachgeschaltet zwei verschiedene Kostenträger in enger Kooperation zuständig sind.

Mittlerweile und nach einer über zehnjährigen erfolgreichen Praxis hat sich die Situation deutlich entspannt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind spezielle Entgiftungsstationen für jugendliche Abhängige entstanden. Die Suchthilfe spezialisiert sich ebenfalls vor allen Dingen in ambulanten Maßnahmen auf Jugendliche, ebenso wie die Jugendhilfe selbst sich dem Problem suchtmittelabhängiger Kinder und notwendigen Kooperationen mehr zugewendet hat.

Die im beiliegenden Konzept vorgestellte Einrichtung „Kompass Impuls“ ist eine „stationäre Therapieeinrichtung für suchtmittelabhängige und suchtmittelgefährdete Jugendliche und junge Erwachsene“. In diese Einrichtung werden in der Regel Jungen und Mädchen (14-18 Jahre) aus unterschiedlichen Einrichtungen aufgenommen, in denen eine Entgiftung der Abhängigen durchgeführt wurde. Kompass Impuls ist in einem großzügigen Gebäudekomplex untergebracht, der früher als Kloster mit Internat genutzt wurde (Klosterwald).

Die medizinische Rehabilitation der suchtmittelabhängigen Jugendlichen dauert in der Regel 6 Monate und wird von der Rentenversicherung Schwaben federführend begleitet (die Kostenträgerschaft liegt häufig bei den Krankenkassen).

Regelhaft gehen die suchtmittelabhängigen Jugendlichen, die in Klosterwald in der medizinischen Rehabilitation waren, in eine 6-monatige Jugendhilfemaßnahme, die ebenfalls in den Gebäuden von Klosterwald durchgeführt wird. Für die Jugendhilfe sind die örtlichen Jugendämter zuständig, wobei eine Genehmigung zur Führung der Jugendhilfeeinrichtung von der Regierung von Schwaben nach § 45 SGB VIII vorliegt.

Die nahtlose Verzahnung beider Maßnahmen erscheint sehr sinnvoll und hat sich auch in den letzten Jahren bewährt, da hierdurch eine Betreuungskontinuität in einem großen Gebäudekomplex mit Besuch einer in Klosterwald ebenfalls untergebrachten Schule möglich ist.

Dieses skizzierte Gesamtangebot von medizinischer Rehabilitation mit anschließender Jugendhilfemaßnahme gepaart mit einem differenzierten Schulangebot erscheint für jugendliche abhängige Patienten besonders sinnvoll. Im Folgenden soll aber schwerpunktmäßig auf die medizinische Rehabilitation bei Kompass Impuls in Klosterwald eingegangen werden, da hier das Konzept für die medizinische Rehabilitation vorgelegt wird.

Ausgerichtet ist das medizinische Rehabilitationskonzept von Kompass Impuls an den verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie es in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurde. Psychische und Verhaltensstörungen besonders bei Jugendlichen sind Folge sich gegenseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren, die in Wechselwirkung, wie in der ICF beschrieben, zu Behinderung und Einschränkung der Funktionsfähigkeit führen können. Im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen soll durch die Behandlung der abhängigen Jugendlichen bei Kompass Impuls erreicht werden, dass die jugendlichen Patienten unter Abstinenz von psychotropen Substanzen vorhandene Behinderungen abbauen und die Möglichkeit der Teilhabe an Ausbildung, Beruf und sozialem Leben im weitesten Sinne verbessert wird.

Die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme folgt einem wissenschaftlich begründeten Konzept. Komorbide psychische Störungen, die häufig bei abhängigen Jugendlichen auftreten, werden, soweit sie keinen Ausschlussgrund für die Aufnahme bei Kompass Impuls darstellen, in der Einrichtung mitbehandelt.

Kompass Impuls ist nach ISO 9001 und QMS Reha BAR zertifiziert.

Bei Kompass Impuls werden die Grundlagen für die Durchführung der medizinischen Rehabilitation der DRV, soweit sie für abhängige Jugendliche anwendbar sind, berücksichtigt.

## 2. Allgemeines

**KOMPASS IMPULS ist eine Einrichtung zur Stationären Rehabilitation für suchtmittelabhängige und suchtmittelgefährdete Jugendliche und junge Erwachsene**

Das vorliegende Konzept beschreibt die meist 6-monatige stationäre Rehabilitationseinrichtung für jugendliche Suchtmittelabhängige oder von Abhängigkeit bedrohter Jugendlicher bei **Kompass Impuls** in Klosterwald. Im Anschluss an die med. Rehabilitation werden die Patienten in der Regel in eine 6-monatige Jugendhilfemaßnahme (im Sinne der Wiedereingliederung) ebenfalls in Klosterwald übernommen. Hierdurch ist es in Klosterwald möglich, bei Beibehaltung einer Betreuungskontinuität, den Jugendlichen in dem geräumigen Gebäudekomplex eines ehemaligen Klosters mit großzügigen Gartenanlagen eine spezifische, individuelle und flexible Behandlung in eigenen geschlechtsgetrennten Wohneinheiten mit kontinuierlichem Schulunterricht anzubieten.

Das Konzept beschreibt die medizinische Rehabilitation entsprechend dem Leitfaden „der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (Stand 05.05.2011). Zum besseren Verständnis der Gesamtmaßnahme wird nur kurz auf die nachfolgende Heilpädagogische Maßnahme verwiesen, ohne sie im Einzelnen darzustellen. Besonderer Wert wird auf das Gesamtkonzept der medizinischen Rehabilitation, Jugendhilfemaßnahme und schulische bzw. berufliche Bildung gelegt, wobei in dem hier vorgelegten Konzept die medizinische Rehabilitation dargestellt wird.

### 3. Träger der Einrichtung

Der Träger der Einrichtung „Kompass Impuls“ ist die gemeinnützige „Kompass Drogenhilfe GmbH“, eine Tochter der ebenfalls gemeinnützigen Augsburgischer Gesellschaft für Lehmbau, Bildung und Arbeit e.V.

Geschäftsführung: Fritz Schwarzbäcker  
Hunoldsberg 5  
86150 Augsburg  
Tel.: 0821-345250

Neben der Einrichtung Kompass Impuls ist die Kompass Drogenhilfe GmbH noch Träger folgender Einrichtungen:

- |                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| 1. Kompass – Kompakt       | (Kurzzeit-Therapie)           |
| 2. Kompass – Hof           | (Langzeit-Therapie)           |
| 3. Kompass – Perspektive   | (Bauernhof-Therapie)          |
| 4. Kompass – Direkt        | (Adaption und Stabilisierung) |
| 5. Kompass – Nachsorge     | (Betreutes Wohnen)            |
| 6. Kompass – Brucker Weg   | (AIB)                         |
| 7. Kompass – Soziotherapie | (Soziotherapeutisches Heim)   |

Die gemeinnützige Kompass Drogenhilfe GmbH ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband und hat sich fachlich dem Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) angeschlossen. Kompass Impuls arbeitet im Arbeitskreis Sucht des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) für Unterallgäu und Memmingen mit.

Als medizinische Rehabilitationseinrichtung ist Kompass Impuls von der Rentenversicherung Schwaben als federführendem Leistungsträger entsprechend der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Kranken- und Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20.11.1978 anerkannt und wird belegt von Rentenversicherungen und Krankenkassen (§ 111 SGB V).

Im Rahmen der Jugendhilfe sind die örtlichen Jugendämter zuständig. Die Erlaubnis zur Führung der Jugendhilfeeinrichtung von der Regierung von Schwaben nach § 45 SGB VIII liegt vor.

Einzugsgebiet ist vorrangig der Freistaat Bayern. Jugendliche aus anderen Bundesländern können aufgenommen werden.

Verantwortlich für das Konzept ist

Dr. med. Martina Wittmann,

die auch die Gesamtleitung Kompass Impuls, Klosterwald, seit 9 Jahren innehat.

Die aktuelle Fassung des Konzeptes wurde am 31.07.2012 erstellt.

## 4. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

### 4.1 Die Entstehung von Kompass Impuls

Kompass Impuls wurde von der Kompass Drogenhilfe GmbH, Augsburg, als eigene Therapieeinrichtung zur Behandlung von suchtmittelabhängigen und von Abhängigkeit bedrohten Jugendlichen im November 1998 in Kempten eröffnet.

Die Eröffnung von Kompass Impuls war eine Antwort des Trägers

- auf häufige Anfragen hinsichtlich einer Behandlungsmöglichkeit für suchtmittelabhängige und massiv konsumierende Jugendliche,
- auf einen vielfach beklagten Mangel an Therapieplätzen für minderjährige Suchtkranke,
- auf die Forderung nach rechtzeitigen, ausstiegsorientierten Alternativen für suchtgefährdete und suchtkranke Jugendliche,
- auf die Senkung des Einstiegsalters Jugendlicher in die Abhängigkeit.

Der Standort in Kempten war eine Interimslösung, da sich herausstellte, dass die innerstädtische Lage der Einrichtung mit einem leichten Zugang zu legalen und illegalen Drogen zu einer Überforderung mit häufigen Rückfällen der jugendlichen Rehabilitanden führte. Nachdem sich die Möglichkeit der Übersiedlung der Einrichtung in ein leerstehendes Kloster anbot, nutzte der Träger diese Gelegenheit und verlegte die Einrichtung nach Klosterwald, wo sie seit 2000 betrieben wird. Das ehemalige Kloster mit seinem großen und geräumigen Gebäudekomplex und mit den großzügigen Außenanlagen hat sich als idealer Standort in dem jetzt 12-jährigen Bestehen der Einrichtung erwiesen.

### 4.2 Zielgruppe

Bei Kompass Impuls, Klosterwald, werden männliche und weibliche Jugendliche und junge Erwachsene, Suchtmittelabhängige oder von Abhängigkeit bedrohte im Alter von 14 bis 18 Jahren, in Ausnahmefällen auch bis 21 Jahren, behandelt.

Die medizinische Rehabilitationseinrichtung verfügt über 16 stationäre Behandlungsplätze.

Die Regelbehandlungszeit beträgt 6 Monate, wobei je nach Therapiefortschritt auch Behandlungsverlängerungsanträge gestellt werden können.



### 4.3 Besonderheiten der Einrichtung

Bei Kompass Impuls handelt es sich um eine auf die speziellen Bedürfnisse von substanzmittelabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zugeschnittene **Reha-Einrichtung**. Nach der med. Rehabilitation (6 Monate) folgt eine **Wiedereingliederungsmaßnahme** (6 Monate), finanziert von den Jugendämtern nach § 45 SGB VIII, die in dem gleichen Gebäude in eigenen Räumen stattfindet. Während des gesamten Aufenthaltes in Klosterwald findet der Schulunterricht für die Patienten ebenfalls in den Klosterräumen statt.

### 4.4 Lage

Die Einrichtung Kompass Impuls befindet sich in Klosterwald, einem ehemaligen Kloster und Internat. Es liegt idyllisch und solitär auf einer Anhöhe der Unterallgäuer Hügel in einer landschaftlich reizvollen Umgebung. Durch diese in die Natur eingebettete Lage bietet es ideale Voraussetzungen für die Langzeitbehandlung suchtkranker Jugendlicher.

Neben dem großzügigen Gebäude von Klosterwald stehen den Patienten ein großer Obstgarten, Gemüsegarten, Wiesen und Wald zur Nutzung zur Verfügung.

Das Gebäude selbst bietet ausreichend Platz in einem großzügigen Patienten-trakt, mit getrennten Wohngruppen für Jungen und Mädchen. Weiter stehen großzügige Therapie-, Freizeit- und Gemeinschaftsräume zur Verfügung. In der angegliederten Turnhalle gibt es die Möglichkeit für sportliche Aktivitäten. Auf dem Sportplatz kann z. B. Fußball, Volleyball, Beach-Volleyball gespielt werden.

Trotz der etwas solitären Lage ist Klosterwald nur 4 km von Ottobeuren und 10 km von Memmingen mit einem Bundesbahnanschluss entfernt. Vom Haus wird ein Pendeldienst mit einem hauseigenen Kleinbus angeboten.

In Ottobeuren befindet sich ein Kreiskrankenhaus mit einer internistischen und chirurgischen Fachabteilung, in Memmingen das Städtische Klinikum mit entsprechenden Fachabteilungen. In beiden Orten sind niedergelassene Ärzte jeglicher Fachrichtungen vorhanden. Alle medizinischen Einrichtungen können im Bedarfsfall genutzt werden.

### 4.5 Schulische Förderung der Patienten

Seit Beginn des Schuljahres 2000/2001 wird, dank der Unterstützung des Schulamtes der Regierung von Schwaben, hausintern der Schulunterricht in Klosterwald durchgeführt, an dem die Mehrzahl der Patienten teilnehmen. Die Schule ist an das Sonderpädagogische Förderzentrum Memmingen angegliedert.

Durch die Kooperation mit dem Sonderpädagogischen Förderzentrum ist eine individuelle schulische Förderung der Patienten möglich, so dass extern verschiedene Schulabschlüsse gemacht werden können.

## **5. Rehabilitationskonzept**

### **5.1 Theoretische Grundlagen**

Entwicklung und Verlauf von Sucht entziehen sich monokausalen Erklärungsmustern. Zu vielschichtig, zu individuell und zu situationsbedingt greifen personale, genetische, neurobiologische, familiäre, soziale und politökonomische Faktoren multifaktoriell ineinander (Thomasius, R., 2005; Täschner, K. L., 2010). Wenn Sucht in ihrer Entstehung vielschichtig und multikausal ist, erscheint es naheliegend, in der Gesamtbehandlung und somit auch in der Rehabilitation bei süchtigen Patienten sowohl somatisch/medizinische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Behandlungsmethoden im Einzelfall orientiert einzusetzen.

Die Grundlage der in diesem Konzept vorgestellten Rehabilitation von abhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist ausgerichtet an den verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells der WHO, wie es in der ICF konzipiert wurde, wobei das Konzept speziell auf die Rehabilitation jugendlicher Patienten zugeschnitten ist.

Definiert man die Persönlichkeit eines Menschen, was selbstverständlich auch für abhängige Jugendliche zutrifft, als die „Summe der Eigenschaften, die dem Einzelnen seine charakteristische, unverwechselbare Identität verleiht“ (Peters, S. 379), so ist davon auszugehen, dass bei die Entwicklung der Persönlichkeit eines Menschen im Allgemeinen und eines drogenabhängigen Patienten im Besonderen biologische, psychologische und soziale Faktoren unterschiedliche auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirken. Es erübrigt sich fast darauf hinzuweisen, dass diese genannten Faktoren, die sich auch untereinander wechselseitig beeinflussen, sich für die Entwicklung einer einzelnen Persönlichkeit gravierend unterscheiden und so zur Individualisierung eines jeden Menschen führen. Dieses gilt auch für die Entwicklung einer Krankheit/Störung, sodass jeder Patient im wahrsten Sinne ein Einzelfall ist, eine individuelle Persönlichkeitsentwicklung hat, eine individuelle Krankheitsentwicklung hat und im Krankheitsfall einer dementsprechend individuellen, auf den Patienten speziell zugeschnittenen Therapie bedarf.

Im Folgenden sollen einige wichtige Aspekte genannt werden, die im Sinne des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells besonders für die Entstehung von Abhängigkeit bei Jugendlichen genannt werden, wobei sowohl die Entstehung dieser Störung als auch die sich hieraus ableitenden Therapiekonzepte etwas global beschrieben werden, aber für jeden einzelnen Patienten individuell sich anders darstellen und zu individuellen Behandlungsplänen führen müssen.

### 5.1.1 Biologische Aspekte

Neue Beiträge zum Verständnis der Abhängigkeitsentwicklungen kommen aus der neurobiologischen Forschungsrichtung.

Mittlerweile ist Konsens, dass eine Suchtentwicklung unabdingbar mit dem durch dopaminerge Neuronen vermittelten Belohnungssystem verbunden ist. Dieses Belohnungssystem kann inhaltlich und anatomisch in zwei Bereiche geteilt werden, in das mesolimbisch-mesokortikale Belohnungssystem als Wantingsystem, Wunsch nach Belohnung und das über Amygdala und orbitofrontalen Kortex vermittelte hedonistische System, das zur Wahrnehmung von Freude, Befriedigung und Lust führt.

Alle Suchtstoffe aktivieren direkt oder indirekt die dopaminergen Neurone mit den Zellkörpern im ventralen Tegmentum (VT). Indirekt bedeutet dies, dass Neuronentypen, die mit den dopaminergen Neuronen im VT verschaltet sind, aktiviert werden. Deshalb gelten die dopaminergen Neuronen als Eintrittspforte des Belohnungssystems.

Es wird postuliert, dass vier zerebrale Schaltkreise beteiligt sind:

- das mesolimbische System, involviert in das Belohnungssystem,
- das System des orbitofrontalen Kortex, dem Strukturen von Antrieb und Motivation attribuiert werden,
- die Strukturen von Amygdala, Putamen caudatum und Hippocampus, die mit dem Lernen und Gedächtnis assoziiert werden, und
- der präfrontale Kortex, der verbunden wird mit der Entscheidungsfindung und der Verhaltenskontrolle.

Besonders relevant und schädigend sind die Einflüsse psychotroper Substanzen auf die neuronale Informationsvermittlung im Gehirn bei Jugendlichen, da in der Adoleszenz im Alter von 10 bis 20 Jahren die neuronalen Netzwerke des Gehirns erneut umstrukturiert werden. Es erfolgen regressive und progressive Veränderungen, vor allem im präfrontalen Kortex.

In dieser Zeit des Umbaus und Umstrukturierens neuronaler Verknüpfungen während der Pubertät öffnen sich vulnerable Fenster. Dies konnte durch tierexperimentelle Studien mit Amphetaminen und mit Cannabis gezeigt werden. Applikation von Cannabis führte zum Beispiel zu Gedächtnisstörungen und Störungen der Filterfunktionen des Gehirns, die noch Monate nach der Applikation nachweisbar waren (Tierversuche; Schneider und Kurz, 2003; Rommelspacher, H. 2009).

## Genetische Aspekte

Zwillingsstudien haben einen genetischen Anteil an Alkoholerkrankungen von 51 bis 65 % bei Frauen und 73 bis 84 % bei Männern ergeben. (Heath et al., 1997) Geschätzter genetischer Anteil für frühen Alkoholkonsum (unserer Patientengruppe) beträgt bei Jungen um die 55 % und bei Mädchen 11 % (Rose et al., 2001).

Söhne von Typ 2 alkoholkranker Männer erkranken 9-mal häufiger an einer Suchterkrankung als Söhne anderer Väter. So ist eine genetische Disposition klar epidemiologisch nachweisbar. Auch die molekulare Genetik kann mittlerweile Gene bzw. Genfrequenzen identifizieren, die mit einem erhöhten Risiko für Alkoholerkrankungen einhergehen.

Diese Erkenntnisse der Neurobiologie fließen in unser Behandlungskonzept mit ein und bestärken uns in unserem Ansatz, so früh wie möglich bei Jugendlichen zu intervenieren, um durch die Abstinenz weiteren Schaden von dem sich noch in Entwicklung befindlichen Gehirn von Jugendlichen abzuwenden, irreparable Schäden zu vermeiden und die Funktionen wiederherzustellen.

Durch Erleben sollen andere Reize gesetzt werden, um neue Bahnungen im neuronalen Netzwerk anders als durch die stoffliche Induktion zu ermöglichen. Unsere Maßnahmen sollen positive Erlebnisse und Gefühlzustände bewirken, die auch in hirnganischen Strukturen Raum greifen. Dies wird durch die Wiederentdeckung und Förderung der Ressourcen und deren positive Auswirkung auf motivationale Geschehnisse bewirkt. Es muss eine Begeisterung und eine Faszination hervorgeufen werden, indem neue Aktivitäten zur persönlichen Alltagsgestaltung gefunden werden, die als befriedigend erlebt werden. Besonders geeignet sind dafür erlebnispädagogische Maßnahmen.

Auch für die Rückfallprävention haben oben aufgeführte neurobiologische Aspekte Relevanz, indem die Patienten erlernen und verstehen, dass auslösende Reize konsequent zu meiden sind, um das Suchtgedächtnis nicht zu reaktivieren. Deswegen wird auch große Sorgfalt darauf verwendet, unser Haus möglichst frei von suchtdruckauslösenden Faktoren zu halten.

### **5.1.2 Psychologische Aspekte**

Aus lerntheoretischer Sicht ist Sucht ein erlerntes Verhalten. In der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeit greifen viele Bedingungen ineinander. durch Modelle vermittelte Verhaltensweise, später auch selbst erlebte bzw. erwartete positive Wirkungen, z. B. Spannungsreduktion, Selbstsicherheit, Zugehörigkeit etc.

Das Konsumverhalten wird allein durch die erlebte soziale Akzeptanz oder durch die Beobachtung der positiven Wirkungen bei anderen verstehbar. Bei fortgesetztem Konsum werden dann positive Konsequenzen wie z. B. Rausch, Entspannung

und Glücksgefühle erlebt, und zwar umso mehr, wenn jemand zusätzlich die Beendigung negativer emotionaler oder sozialer Situationen erfährt. Gleichzeitig tritt das Phänomen des Zustandes abhängigen Lernens hinzu. So können beispielsweise im intoxikierten Zustand gelernte Verhaltensweisen auch nur bei erneuter Drogeneinnahme gut reaktiviert werden.

Im Verlauf des Suchtprozesses lernt eine Person, sich immer mehr Verstärker durch die Droge zu holen. Es wird gelernt, unter welchen Bedingungen die Suchteinnahme vorwiegend positive oder negative Konsequenzen hat. Jedoch erfolgt in Folge der Inkonsistenz von Belohnung und Bestrafung bei dem Betroffenen kein gutes Diskriminationserlernen. Es besteht somit eine hohe Lösungsresistenz, weil intermittierende Verstärkung stattgefunden hat (Rist, F., 2009).

Verhaltenstherapeutische Elemente kommen in unserem Behandlungskonzept in dem Setting der Therapeutischengemeinschaft mit ihren Regeln und Strukturen sowie in dem Phasenmodell mit Einschränkungen in der ersten Phase zugunsten von der Erweiterung der Freiheitsgrade in der zweiten Phase sowie positive Konnotation von erwünschtem Verhalten innerhalb der WG Gruppe zum Tragen.

Als therapeutisches Verfahren in den Therapien wird die kognitive Verhaltenstherapie angewandt.

Aus analytischer Sicht gibt es drei Erklärungsmodelle der Sucht: Das Triebmodell, in dem Sucht als eine Regression auf die orale Phase definiert wird. Konsum soll Unlust verhindern und Lust maximieren. Nach dem strukturpsychologischen Modell der Sucht ist die Sucht als ein missglückter Selbstheilungsversuch anzusehen (Kryskal und Ruskin, 1983). Als eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung der Entwicklung von Abhängigkeit wird eine mangelnde Abgrenzung von Repräsentanzen, d. h. von Bildern, Imagines, Vorstellungskomplexen, auf der einen Seite und von den Objekten auf der anderen Seite, wie sie für präödpale oder strukturelle Störungen charakteristisch sind, angesehen (Kernberg, 1983; Rhode-Dachser, 1983).

Die Differenzierung von Selbst- und Objektbildern ist in dem Subjekt nicht ausreichend gelungen. Im Zuge der Weiterentwicklung kommt es zur Fixierung auf einem niedrigeren Niveau. Dieser Differenzierungsmangel kann sich unterschiedlich gestalten. So zum Beispiel in präpsychotischen Strukturen, gekennzeichnet durch die Tendenzen zur regressiven Verschmelzung der Selbst- und Objektrepräsentanzen in einer Borderline-Struktur, charakterisiert durch die Neigung zur regressiven Aktualität der Entwicklungsstufe, intrasystemische Spaltung in ein gutes und ein aggressiv besetztes Teilobjekt, oder der narzisstischen Struktur durch die Tendenz zu einer regressiven Verschmelzung von Idealselbst idealisierten Objekt und Realselbst, wobei negative Selbstanteile nach außen projiziert werden.

Um die inneren und äußeren Objekte zur Deckung zu bringen, damit die Illusion eines identischen Selbst aufrechterhalten werden kann, ist eine Modellierung der Ich-Struktur erforderlich. Dies geschieht durch die Einschränkung von Ich-Funk-

tionen unter anderem der Realitätsprüfung. Eine Einschränkung der Realitätsprüfung bedeutet immer eine erhebliche Schwächung des Ichs.

Diese Einschränkung der Funktion der Realitätsprüfung wird unter anderem durch primitive Abwehrmechanismen wie Leugnen, Idealisierung, projektive Identifizierung und Spaltung gestützt. Bricht diese illusionäre Außenstütze zusammen, so muss ein Substitut gefunden werden, das im Falle der Abhängigen der Suchtstoff ist. Es ist gleichsam die Droge, welche die dem Teilobjekt zugewiesene Funktion übernehmen soll. Das Suchtmittel als Teilobjekt dient in einem ausreichenden Maße der Triebbedürfnisbefriedigung, stützt den Selbstwert und verbürgt den Reizschutz. Damit ist aus einer psychischen Abhängigkeit eine stoffliche Abhängigkeit geworden (Heigel, Evers et al., 1991). Zur Suchtbehandlung bietet sich die interaktuelle Methode an, in der die Therapie auf das Hier und Jetzt der Beziehung abgestellt ist und das Prinzip antwortender Gefühle mit authentischen Rückmeldungen verfolgt wird.

### **Entwicklungspsychologische Aspekte der Kindheit und Jugend**

Junge Suchtkranke zeigen erhebliche Reifungs- und Entwicklungsrückstände. Sie wirken hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsentwicklung keinesfalls altersgemäß.

Vielfältige familiäre Belastungen, die zu familiären Sozialisationsdefiziten führen, und allgemeine Sozialisationsdefizite in dem sozialen Kontext der Jugendlichen führen, beginnend ab der Kindheit dazu, dass die Kinder und Jugendlichen ihre alterstypischen Entwicklungsaufgaben nicht bewältigen. Dies tritt ebenso bei bindungsgestörten Jugendlichen auf, sodass einerseits frühe Sozialisationsdefizite und nicht bewältigte frühe Entwicklungsaufgaben dazu führen, zu einem Suchtmittelmissbrauch zu prädisponieren. Andererseits führt der früh einsetzende Suchtmittelgebrauch dazu, dass alterstypische Entwicklungsaufgaben in der Pubertät nicht mehr geleistet werden können. Früher Substanzkonsum führt zu einem Entwicklungsstillstand.

Die für diese Altersstufe der Adoleszenz typischen Entwicklungen können nicht mehr geleistet werden:

- Erlangen der Autonomie und das altersgemäße Ablösen von den Eltern
- Entwicklung der eigenen Identität und Geschlechterrolle
- Aufbau eines eigenen Systems von Moral- und Wertevorstellung
- Entwicklung eigener Zukunftsperspektiven verbunden mit entsprechender schulischer und beruflicher Wahl

Bewältigung dieser Aufgaben oder Nichtbewältigung trägt zu der Entwicklung der Persönlichkeit und des individuellen Lebensweges nachhaltig bei (Thomasius, R., Stolle, M., Sack, P.-M., 2009).

Von ebenso großer Bedeutung für den entwicklungspsychologischen Prozess ist die Gruppe der Gleichaltrigen. Während die konsumierenden Jugendlichen sich meistens in einer ebenfalls konsumierenden Peer-Gruppe bewegen, ist innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft das Vorhandensein der Gruppe von Gleichaltrigen ebenfalls abstinenten Patienten von essenzieller Bedeutung, neue Erfahrungen und Erlebnisse machen zu können und damit nachreifen zu können.

### 5.1.3 Soziale Aspekte

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung bei Jugendlichen sind – um familiäre Bedingungen zu nennen – z. B. soziale Benachteiligung der Herkunftsfamilie, alleinerziehende Elternteile, Substanzkonsum anderer Familienmitglieder, gesellschaftliche Ausgrenzung oder niedriger sozialökonomischer Status, nicht vorhandenes oder maladaptives soziales Netzwerk, mangelnde Vermittlung von Einstellungen, Werten und Normen. Häufig kommt es bei konsumierenden Jugendlichen in Folge der Drogen zu dem Fehlen von Schulabschlüssen und daraus folgend keiner Berufsausbildung, des weiteren ist die frühe Delinquenz der Jugendlichen mit all ihren sozialen Folgen zu nennen (Laucht, M., 2009).

So führt der frühe Gebrauch von Substanzen zu einer Störung der Teilhabe am sozialen Leben, Schule, Ausbildung und Beruf.

Unser Therapiemodell versucht deshalb, diese Barrieren an der Teilhabe durch Angebote wie

- Lernen von sozialen Kompetenzen innerhalb der Gemeinschaft,
- hausinterne Schule,
- Arbeitstherapie,
- verschiedene strukturierte Freizeitgruppen

zu beheben.

### 5.1.4 Komorbidität bei Jugendlichen

Kinder und Jugendliche, bei denen schon psychische oder psychiatrische Auffälligkeiten vor dem ersten Substanzkonsum vorliegen, neigen dazu, schneller in die Abhängigkeit zu geraten. Vorliegende Störungen sind z. B. ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, psychische und Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten, affektive Störungen, depressive Störungen, selbstverletzendes Verhalten etc.

Aber auch früher Substanzkonsum führt zu psychiatrischen Auffälligkeiten, wie z. B. psychotische Episoden, Beeinträchtigung von Gedächtnis und Konzentration sowie der Konsum und die Begleitumstände eo ipso zu Sozialverhaltensstörungen führen können.

Diese psychiatrischen Begleiterkrankungen werden nach ausführlicher Abklärung in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken von uns mitbehandelt.

### 5.1.5 Sucht als inadäquate Konfliktlösestrategie

Sucht kann auch in Anlehnung an Kernberg als Unfähigkeit zur adäquaten Konfliktlösung verstanden werden. Konflikte entstehen primär in diesem Konzept innerhalb einer Person, und zwar zwischen der inneren Wunschwelt und der äußeren Realität. Wenn die innere Wunschwelt der äußeren Realität widerspricht, entsteht ein Konflikt mit all seinen Folgen, wie innere Unruhe, Unzufriedenheit, erhöhte Vigilanz, Unausgeglichenheit und innere Spannung, wobei diese Phänomene alle als Stress bezeichnet werden können. Ist die innere Wunschvorstellung nicht verzichtbar und lässt sich die äußere Realität nicht verändern, entsteht ein für die Person fast unlösbarer Konflikt mit all seinen negativen Folgen. Da dieser Stress in der Regel für die wenigsten Personen langfristig erträglich ist, wird nach einer Konfliktlösung gesucht und oft keine wirklich befriedigende Konfliktlösung gefunden.

Um dieses an einem banalen Beispiel klarzumachen, kann der innere Wunsch eines Menschen nach Reichtum und allen damit verbundenen Vorteilen als innere Wunschvorstellung bezeichnet werden, wobei seine Realität mit dem Blick auf das Bankkonto ihm unmissverständlich klarmacht, dass er ein unvermögender, armer Mensch ist. Diese unkomfortable, unangenehme Situation ist langfristig nur mit Leid und Unglück erträglich, sodass ein gesunder Mensch nach Lösungsmöglichkeiten sinnt, diese unkomfortable Situation zu beenden. In der Regel ertragen die Menschen diese unkomfortable Situation zeitweise, gehen sogar noch in ihrer realen Welt auf schlechtere Bedingungen ein mit dem Versprechen, dass sie anschließend, wenn sie dieses oder jenes tun, dafür finanziell entlohnt werden (Arbeit). Diese Lösungsstrategie führt zwar in der Regel nicht unmittelbar zur Befriedigung, aber langfristig zu einer Verbesserung der Lebenssituation und damit zum Stressabbau und zu einer mehr oder wenigen großen Zufriedenheit.

Ein anderer, zwar seltener gewählter Weg ist für einen „Habenicht“, sich im Rahmen eines Bankeinbruchs finanzielle Mittel zu besorgen. Hierbei winkt die mehr oder weniger unmittelbare Befriedigung des Wunsches nach Geld und Vermögen. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit extrem groß, dass er im Rahmen polizeilicher Maßnahmen gefasst wird und letztlich im Gefängnis landet und dort – arm, seiner Freiheit beraubt – langfristig keine Möglichkeit mehr hat, seine Situation zu verbessern. Diese insgesamt für die Person deutlich schlechtere Konfliktlösestrategie ist als inadäquat zu bezeichnen und löst nicht Probleme, sondern schafft neue unüberwindliche Schwierigkeiten.

Drogenkonsum und Sucht sind bei Jugendlichen sehr häufig im Sinne einer inadäquaten Konfliktlösung zu verstehen und führen zu größten Problemen, sowohl im biologischen als auch im psychologischen und sozialen Kontext.

Die Jugendzeit und Junge-Erwachsenen-Zeit ist wohl für das menschliche Individuum die konfliktträchtigste Lebensphase. Der junge Mensch durchläuft eine



biologische stürmische Entwicklung seiner Körperlichkeit, mit der umzugehen er noch nicht gelernt hat. Er findet sich in seinem psychischen Umfeld nicht wirklich zurecht, ist nicht mehr Kind, aber auch noch nicht Erwachsener, braucht Hilfe und strebt nach Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, hat sozial seine Rolle im Leben noch in keiner Weise gefunden, ist viele Jahre in Ausbildung, hat keine beruflich und sozial befriedigende Situation, um nur die wichtigsten Probleme und Konflikte dieser Lebensphase zu nennen. Diese konflikthafte Situation führt zu Dauerstress, Angespanntsein, zum Wechselbad von Unwohlsein mit gelegentlichen Erfolgen, aber immer neuen Anforderungen und neuen Wünschen.

Auch wenn wohl die Mehrzahl der Jugendlichen und Heranwachsenden bei Impuls diese Lebensphase einigermaßen erfolgreich bewältigt, greifen doch nicht wenige zu Drogen und Suchtmitteln, um Stress abzubauen, um ihre Konflikte besser ertragen zu können oder sogar verdrängen zu wollen. Die innere Spannung und Frustration weicht nach Drogenkonsum dem Rausch mit euphorischen Gefühlen. Hierbei wird gelernt, dass man unangenehme Gefühle mit Drogen „vertreiben“ kann, was einen erneuten Drogenkonsum bei Unwohlseinsgefühlen begünstigen kann.

Auch beim Abklingen des Rausches können die Probleme, die mit dem Drogenkonsum erträglicher geworden sind, erneut auftreten, und in der Regel kommen neue Schwierigkeiten, die durch den Drogenkonsum entstanden sind, hinzu. Mit dem schlechten Gefühl, gutmeinende Bezugspersonen enttäuscht zu haben, und der Ablehnung von zumindest einem Teil der Gesellschaft gegenüber dem Drogenkonsum muss der junge Konsument zurechtkommen.

Um derartige Diskriminierung zu vermeiden, flüchtet er sich sehr häufig dann in eine Drogen konsumierende Gemeinschaft. Es entsteht dann die sich selbst unterhaltende Suchtspirale zwischen Konsum, Rausch, Ernüchterung sozialem Abstieg und erneutem Konsum, was letztlich zur Drogenkarriere führt.

Diesem Ansatz folgend, ist es ein Schwerpunkt der Therapie, sowohl im Einzelgespräch als auch in der Gruppe dieses Konzept den jungen Rehabilitanden verständlich zu machen, um die richtigen Schlüsse aus diesem Sachverhalt ziehen zu können. Besonders schwierig ist es bei Jugendlichen, einen eigenen Zugang zu inneren Konflikten und Stresserleben zu ermöglichen. Sie werden im Rahmen der Therapie angehalten, auf ihre Gefühle zu achten, sie zu reflektieren und sich selber in dem Sinne zu beobachten, wie sie mit Unwohlseinsgefühlen, mit Stress umgehen und zu welchen Handlungen sie dann neigen. Stress führt häufig zu Suchtdruck, der den jungen Menschen so verständlich gemacht werden kann.

Das alleinige Verstehen ist in diesem Zusammenhang nicht ausreichend; es müssen auch Möglichkeiten der befriedigenden und auch lösenden Triebabfuhr aufgezeigt werden. Wichtig in dem Zusammenhang ist, den Jugendlichen zu ermöglichen, diese Unwohlseinsgefühle in gewisser Weise auch ertragen zu können, sie überdenken zu können und überlegt nach Lösungen suchen zu können.

Ziel ist es, den Jugendlichen zu vermitteln, dass eine unmittelbare Triebbefriedigung mit Suchtmitteln nicht sinnvoll ist, sondern selbstschädigend und zum Eigen nachteil führt.

Sinnvoll ist es, wenn der Proband lernt, eher längerfristige Konfliktlösestrategien zu entwickeln mit positiven Effekten für seine körperliche Gesundheit und sein Sozialleben, was auch zu einer psychischen Ausgeglichenheit führt.

Sinnvoll erscheint es, Konflikte nicht reflexhaft mit Drogenkonsum zu beantworten, sondern die selbstschädigende Handlung der Drogeneinnahme durch selbstaufbauende Tätigkeiten zu ersetzen. Hier sind z. B. kreative Aktivitäten, ergotherapeutische oder Sportaktivitäten zu nennen.

Alle diese verschiedenen Aspekte werden in den verschiedenen therapeutischen Aktivitäten immer wieder von verschiedensten Seiten her beleuchtet und angesprochen und mit Beispielen unterlegt. Fehlhandlungen und eventuell sogar Drogenrückfälle werden intensiv analysiert, und es wird versucht, negative Emotionen hinsichtlich ihrer Konfliktentstehung zu analysieren und verständlich zu machen.

Auf dieser wissenschaftlich theoretischen Grundlage basiert das therapeutische Handeln, was dem Ziel dient, den Rehabilitanden ein drogenfreies, körperlich gesundes, psychisch ausgeglichenes und in die Gesellschaft integriertes Leben zu ermöglichen.

## 5.2 Rehabilitationsindikationen und Kontraindikation

### Indikationen

In Klosterwald werden Jugendliche und junge Erwachsene behandelt, bei denen eine psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen mit schädlichem Gebrauch oder Abhängigkeit ICD-10 F10-19 vorliegt.

Dabei müssen nach den Leitlinien der AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameter 2005) und der DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie 1999) Besonderheiten des Jugendalters bei der Diagnose berücksichtigt werden, weil die Kriterien für die ICD-10-Diagnose bei Jugendlichen nur eingeschränkt berücksichtigt werden können, da einige Besonderheiten bei Jugendlichen vorliegen.

Die Besonderheiten für Jugendliche sind:

1. Seltene Toleranzentwicklung aufgrund der deutlich schnelleren Verstoffwechslung der Substanzen
2. Deutlich seltenere und mildere Entzugssymptomatik und weniger medizinische Komplikationen im Vergleich zu Erwachsenen
3. Regelmäßiger Polysubstanzmissbrauch, daher selten spezifische Abhängigkeiten von bestimmten Substanzen
4. Häufig gleichzeitige psychiatrische Komorbidität
5. Problematische Schweregradeinteilung

Die klassischen Phasen – wie Prodromalstadium, kritische Phase und chronische Phase – werden von Jugendlichen nicht systematisch durchlaufen, d. h., dass die Kriterien 3, 4 und 6 der ICD-10 diagnostisch für Jugendliche nur eingeschränkt brauchbar sind.

Die US-Leitlinien sehen die psychische Abhängigkeit und die soziale Beeinträchtigung durch familiäre Schwierigkeiten und Schulversagen, soziale Auffälligkeiten wie soziale Abhängigkeit von konsumierenden Peers, Dissozialität etc., d. h. Beeinträchtigungen in zumeist mehreren wesentlichen Lebensbereichen, als konstitutiv für die Diagnose an.

Zu ergänzen sind für die jugendspezifische Diagnose:

1. Inkaufnahme erheblicher sozialer Nachteile/Folgen
2. Nichtbewältigung bzw. Versagen bei altersgemäßen Entwicklungsaufgaben

Dieser spezifische Suchtbegriff für Jugendliche ist bei Thoms 2004 sowie Thomasius, Jung und Schulte-Markwort 2003 dargelegt.

Komorbide psychiatrische Störungen werden mitbehandelt.

### **Kontraindikationen**

- Akute Suizidalität
- Akute Psychosen, hirnorganische Störungen

### **Aufnahmevoraussetzungen**

- Suchtmittelfreiheit am Aufnahmetag nach abgeschlossener körperlicher Entgiftung
- Kostenzusage durch zuständigen Leistungsträger
- Einverständniserklärung der Eltern oder Sorgeberechtigten

Der Aufenthalt bei Impuls beruht auf dem freiwilligen Entschluss, dort leben zu wollen.

Eine Anerkennung nach § 35/36 BtMG liegt vor.

## 5.3 Rehabilitationsziele

Das übergeordnete Ziel der medizinischen Rehabilitation bei Jugendlichen ist ein suchtmittelfreies, körperlich gesundes, psychisch ausgeglichenes und sozial in die Gesellschaft integriertes Leben.

Bei den genannten Globalzielen sind unterschiedliche Teilziele zu benennen. Im Folgenden werden die einzelnen Rehabilitationsziele nur beispielhaft dargestellt, da sie im Rehabilitationsprogramm individuell nach den Bedürfnissen und in Kooperation mit dem Rehabilitanden erarbeitet werden.

### 5.3.1 Biologisch-körperliche Teilziele

- Körperliche Gewöhnung an Drogen beenden.
- Vordiagnostizierte körperliche Erkrankungen sollen weiter behandelt bzw. geheilt werden (z. B. Lebererkrankungen, orthopädische Erkrankungen, Untergewichtigkeit, Übergewichtigkeit usw.).
- Optimierung notwendiger Medikationen unter Einbeziehung der entsprechenden Fachdisziplinen.
- Vorhandene mangelnde körperliche Leistungsfähigkeit soll verbessert werden.
- Die häufig vorhandene Unkenntnis über eigene Körperfunktionen und gesunde Ernährung soll beseitigt werden.
- Die körperliche Hygiene, die oft bei Jugendlichen zu wünschen übrig lässt, soll verbessert werden.
- Ein Verständnis für die Entstehung von Suchterkrankungen soll bei den Jugendlichen geweckt werden.

### 5.3.2 Psychische Teilziele

- Drogenfreiheit als Lebensziel.
- Erkennen eigener innerer Wünsche und eventueller Diskrepanzen zur Umwelt oder den Belangen anderer Menschen (Konflikte) und Suche nach drogenfreien und optimalen Konfliktlösungen und Reflektieren eigener Empfindungen.

- Junge Patienten sollen lernen, ihr Leben aktiv, eigenverantwortlich und selbstständig zu gestalten und in einem ihrem Alter entsprechenden Prozess erwachsen zu werden.
- Die Drogenkonsum-bedingten Entwicklungsdefizite sollen nachgeholt werden um die altersspezifischen Entwicklungsaufgaben angemessen angegangen und bewältigt zu können.
- Die Lebensgestaltung soll in ein Suchtmittel-unabhängiges Konfliktbewältigungskonzept münden.
- Entwicklung von Strategien zur Vermeidung von Rückfällen
- Erlangen einer stabilen Motivation zur abstinenten Lebensform
- Kennenlernen der eigenen biografischen Geschichte und der Abhängigkeitsentwicklung
- Verbesserung der Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit von Emotionen
- (Wieder-)Erkennen von eigenen Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
- Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Differenzierung von Affekten
- Entwicklung angemessener Werte und Normen
- Erhöhung der Frustrationstoleranz und der Impulskontrolle
- Entwicklung von Strategien zur Vermeidung von Rückfällen

### **5.3.3 Soziale Teilziele - Kompetenzen und Teilhabe an Privat- und Familienleben, Schule und Beruf**

- Aufbau und Pflege von sozialen Beziehungen und Klärung der familiären Situation
- Altersgemäße Ablösung vom Elternhaus und Verselbstständigung
- Erwerb von Kontakt- und Bindungsfähigkeit
- Adäquate Regulierung von rechtlichen Problemen, Schulden etc.

- Entwicklung von Freizeitaktivitäten und Interessen
- Erlangung der Schulfähigkeit
- Reduktion schulischer Defizite
- Schulabschluss
- Vorbereitung auf die Erwerbsfähigkeit, Erlernen von Basisfähigkeiten

## **5.4 Rehabilitationsdauer**

Die Rehabilitationsdauer beträgt in der Regel ca. 6 Monate, wobei die anfängliche Motivations- und Orientierungsphase (ca. 2 Monate) in eine anschließende Therapiephase (ca. 4 Monate) übergeht und mit dem Prozess der Überleitung in die Jugendhilfemaßnahme (Wiedereingliederung) oder Entlassung beendet wird. Diese Behandlungsphasen sind nicht als strenge Behandlungsblocks zu verstehen, sondern werden entsprechend dem individuellen therapeutischen Fortschritt des Jugendlichen angepasst. Kontrolle und Übergang von einer in die andere Phase wird vom Therapieteam und dem Rehabilitanden gemeinsam besprochen und entschieden. Eine Verlängerung der Therapiezeit ist möglich und erfolgt nach Überprüfung der erreichten Ziele in der Fallkonferenz und nach Absprache mit dem Rehabilitanden. Hernach wird ein Verlängerungsantrag gestellt, der durch den Kostenträger, bevor die Maßnahme verlängert wird, genehmigt werden muss.

Nach Abschluss der meist 6-monatigen Rehabilitation erfolgt regelhaft die Übernahme des Rehabilitanden in die Jugendhilfemaßnahme zur Wiedereingliederung. Dieses Konzept hat sich bewährt, besonders in dem Sinne, dass die Jugendlichen ein Jahr in der Einrichtung kontinuierlich behandelt/betreut werden und so die Beziehungskontinuität gewährleistet ist.

## **5.5 Individuelle Rehabilitationsplanung**

Die Rehabilitationsbehandlung der jugendlichen Rehabilitanden muss immer individuell geplant werden, da sich die Personen gravierend unterscheiden, z. B. in Geschlecht, Alter, familiärem Hintergrund, Bildungsstand, unterschiedlich langer und unterschiedlicher Drogeneinnahme

### **5.5.1 Ziele der 1. Phase**

Die individuelle Rehabilitationsplanung beginnt mit der sorgfältigen Erhebung anamnestischer Daten inkl. einer Fremdanamnese mit der Fokussierung auf die individuell belastenden Faktoren und auf die Motivation, sich einer Therapie zu unterziehen, sowie auf vorhandene Ressourcen.

Die Ergebnisse dieser Erhebung fließen in die erste Fallbesprechung des Rehabilitanden in der Team-Konferenz ein, wobei die Ergebnisse in die weitere individuelle Therapieplanung übernommen und schriftlich dokumentiert werden (PAT-FAK).

Die individuelle Zielplanung mit dem Rehabilitanden selbst braucht bei Jugendlichen Zeit, da diese am Anfang meist lediglich Globalziele formulieren.

Zur Erreichung der individuellen Zielformulierungen wird die Orientierungs- und Motivationsphase (1. Phase) genutzt, in der neben der oben genannten Diagnostik der Fokus darauf liegt,

- die Rehabilitanden in die Gruppen und in die Gruppentherapie einzuführen; hierzu haben wir eine Anfängergruppe eingerichtet, in der besonders der Anfang der Therapie mit seinen Besonderheiten thematisiert wird,
- den Jugendlichen ein Problembewusstsein, bezogen auf ihr süchtiges Verhalten und ihre Abhängigkeit, zu vermitteln,
- ihnen das Therapieprogramm und die Anforderungen einer medizinischen Rehabilitation und deren Regeln und Strukturen transparent und verständlich zu machen sowie
- sie beginnend für ihre individuelle Problematik zu sensibilisieren und ihre Bereitschaft zu fördern, daran zu arbeiten.

Des Weiteren ist Ziel dieser Phase und unabdingbar, ein tragfähiges therapeutisches Arbeitsbündnis mit den Rehabilitanden aufzubauen.

Außerdem dient diese Maßnahme zur Integration in die jeweilige Wohngruppe und in die Gruppen des Hauses, zum Heranführen an lebenspraktische Aufgaben, zur Abklärung schulischer Fähigkeiten oder Defizite, beruflicher Fähigkeiten oder Defizite sowie zur Unterstützung bei der Freizeitgestaltung und beginnenden Elternarbeit.

Gegen Ende der 1. Phase gelingt dem Jugendlichen seine individuelle Zielformulierung, die in Einzelgesprächen und Gruppengesprächen erarbeitet wird.

Der Übergang von der 1. zur 2. Phase wird durch einen intensiven Prozess eingeleitet:

- Besprechung der erreichten und der weiterhin geplanten Therapieziele in Einzelgesprächen,
- Besprechung in der psychotherapeutischen Kleingruppe,
- schriftliche Fixierung der Therapieziele durch den Patienten,

- intensive Feedback-Schleifen zwischen Therapeuten, Rehabilitand und Gruppe,
- Fallbesprechung des Rehabilitanden im Gesamtteam.

In der 1. Phase verbleiben die Jugendlichen im Haus bzw. werden bei Ausgängen und Freizeitaktivitäten, Sport, Veranstaltungen oder Einkäufen von Erziehern und Pädagogen begleitet.

### 5.5.2 Ziele der 2. Phase

Ziel der 2. Phase ist auf der Grundlage des nun tragfähigen therapeutischen Bündnisses die therapeutische Bearbeitung der individuellen süchtigen Verhaltensmuster, entwicklungsbedingten Persönlichkeitsdefizite und Ich-strukturellen Störungen. Die Wohngruppe dient als Selbsterfahrungs- und Übungsraum mit haltgebender Unterstützung und der Möglichkeit, neues Verhalten einzuüben.

Die gelungene Einhaltung des strukturierten Tagesablaufs mit Aufgaben und Beschäftigungen stellt eine Gegenerfahrung zu dem bisher Gelebten dar. Die notwendige Beziehungskonstanz ist durch den Bezugstherapeuten und durch den vertrauten Erzieher und Heilpädagogen auf der WG gewährleistet.

In der 2. Phase beginnen, je nach individueller Belastbarkeit, die ersten Ausgänge in Gruppen zu drei Rehabilitanden.

In pädagogischer Sicht wird zunehmend die Erweiterung des Handlungsrepertoires eingeübt:

- Stufenweise Übernahme von Verantwortung im WG-Leben
- Zunehmende Selbstständigkeit
- Übernahme von Verantwortung für andere
- Erhöhung der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit
- Förderung des Verständnisses von Konflikten, Stress; adäquate Lösungsstrategien
- Einhalten von Regeln und Grenzen
- Absprachefähigkeit
- Gewinn von realistischer Selbstwahrnehmung
- Erkennen von eigenen Fähigkeiten
- Kennenlernen von Grenzen und Fähigkeiten auch in Freizeitgestaltung und Erlebnispädagogik
- Intensivierung, wenn möglich, der Elternarbeit



### 5.5.3 Überleitungsprozess / Entlassplanung

Im 5. Monat der medizinischen Rehabilitation wird begonnen, die Überleitung in das Heilpädagogische Heim zu besprechen. Gegen Ende der medizinischen Rehabilitation findet in der Regel ein Hilfeplangespräch mit dem zuständigen Jugendamt, dem Jugendlichen, den Eltern, dem Bezugstherapeuten und dem pädagogischen Betreuer auf der Wohngruppe statt.

Hierbei wird das Erreichte besprochen und die Ziele für die heilpädagogische Maßnahme werden fixiert und schriftlich niedergelegt.

Das Ende der medizinischen Rehabilitation erfolgt somit individuell nach Erreichen der Rehabilitationsziele, wobei besonders auf die Stabilität des Jugendlichen fokussiert wird und gemeinsam darauf geachtet wird, dass der Übergang von der hoch strukturierten medizinischen Rehabilitation in die deutlich auf mehr Eigenverantwortung zielende Wiedereingliederungsphase für den Jugendlichen verträglich und ohne Überforderung fließend vonstatten geht. Besonderer Fokus wird auf die Beziehungskontinuität gelegt, da die Therapeuten und das gesamte Hauspersonal in beiden Einrichtungen tätig sind.

## 5.6 Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm gliedert sich in drei Hauptprozesse:

Aufnahmeprozess, Durchführungsprozess und Prozess der Beendigung, niedergelegt in der QM-Plattform.

Entsprechend dem Wochenplan und nach individueller Vereinbarung und Bedarf werden auf allen Prozessebenen folgende Maßnahmen angeboten:

#### Allgemeine Psychotherapie

in Einzelgesprächen, Klein- und Großgruppen und Kriseninterventionen, verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch orientiert, durchgeführt von den Bezugstherapeuten

#### Psychoedukative Gruppen

und themenzentrierte Gruppen, durchgeführt durch Therapeuten und Pädagogen

#### Training sozialer Kompetenzen,

durchgeführt von Pädagogen und Erzieher

#### Angehörigenarbeit

in regelmäßigen Gesprächen mit den Angehörigen und/oder gemeinsam mit dem Jugendlichen, durchgeführt durch Bezugstherapeut und Wohngruppenbetreuer

#### Arbeits- und Ergotherapie

in Gruppen und bei Bedarf einzeln, durchgeführt von Arbeitstherapeuten

Sozialberatung

einzelnen, durchgeführt von Sozialpädagogen

Wohngruppen und alltagsstrukturierende Gruppen sowie Alltagsbegleitung, durchgeführt durch die WG-Betreuer, Erzieher, Heilerziehungspfleger und Sozialpädagogen

Anleitung zur aktiven Freizeitgestaltung und deren Durchführung mit Erziehern, Pädagogen der Wohngruppe und Honorarkräften mit spezifischer Ausbildung (Skilehrer, Kletterlehrer etc.)

Entspannungstraining,

durchgeführt von Psychologen und ausgebildete Sozialpädagogen

Sport- und Bewegungstherapie,  
angeleitet durch einen Sporttherapeuten

Medizinische Versorgung  
durch Ärzte der Einrichtung

Gesundheitsbildung  
durch Vorträge (Arzt )

Ernährungsberatung einzeln und in Gruppen (geschulte Betriebsleiterin und Hauswirtschafterin) sowie angeleitetes Kochen auf den Wohngruppen, durchgeführt von den Erziehern und Pädagogen

Es erfolgt während der gesamten med. Rehabilitation eine intensive erzieherische und pädagogische Begleitung auf den Wohngruppen durch Erzieher, Heilpädagogen und Pädagogen, die die Aufsichtspflicht bei Minderjährigen rund um die Uhr gewährleisten und in den Wohngruppen durch pädagogische und erzieherische Maßnahmen zur Nachreife der Jugendlichen beitragen

Schulische Bildung

- Vorbereitung auf den Hauptschul- oder Qualifizierenden Hauptschulabschluss, durchgeführt von staatlichen Lehrern und einem Lehrer für Sonderpädagogik
- Die Überleitung in die Jugendhilfe-Maßnahme bzw. die Beendigung der Rehabilitation erfolgt durch Überprüfung der erreichten Ziele und der Festschreibung der Ziele für die nachfolgende Maßnahme im Hilfeplangespräch.
- Die Maßnahmen zur weiteren schulischen Bildung, Berufsberatung, interne und externe Praktika zur Belastungserprobung, Bewerbertraining

- Entlassplanung mit Arbeitsuche bzw. Lehrstellensuche, Wohnung, geeignete Nachsorgemöglichkeiten etc. erfolgt in der Jugendhilfe-Maßnahme.

### Rückfallprävention

während der medizinischen Rehabilitation, einzeln und in Gruppen, wird auf die Rehabilitanden abgestimmt und während der Heilpädagogischen Maßnahme durch ein strukturiertes verhaltenstherapeutisches Trainingsprogramm.

Alle Einzelaktivitäten zur Rehabilitation werden von qualifizierten Mitarbeitern durchgeführt und sind aufeinander abgestimmt. Es wird größter Wert auf gegenseitige Information der Mitarbeiter untereinander gelegt. Es finden täglich Dienstübergaben statt und wöchentlich eine Hausbesprechung (mit und ohne Jugendliche). Auf ein harmonisches Miteinander aller Mitarbeiter wird größter Wert gelegt.

## **5.7 Rehabilitationselemente**

### **5.7.1 Aufnahmeverfahren**

Der Aufnahme geht in den meisten Fällen ein Vorgespräch mit dem Jugendlichen, den Erziehungsberechtigten und/oder mit dem Jugendlichen betrauten Sozialarbeitern, Pädagogen oder Therapeuten voraus, sodass der Patient und dessen Angehörige sowie Sorgeberechtigte bereits die Einrichtung kennen. Es folgt bei der Erstbesichtigung ein ausführliches Gespräch, in der Regel mit der leitenden Ärztin und/oder der Psychologin.

Am Aufnahmetag wird die ausführliche Anamnese erhoben. Es erfolgen eine medizinische Aufnahmeuntersuchung, ein Erstgespräch mit dem Bezugstherapeuten, eine zeitnahe Vorstellung beim Facharzt.

Der Rehabilitand wird dann von den Pädagogen oder Erziehern der Wohngruppe auf seine Wohngruppe begleitet und bekommt einen „Paten“, einen älteren Mitbewohner an die Seite, der ihn die ersten Wochen über begleitet. Das pädagogische Personal händigt ihm die Startermappe mit den Hausregeln und dem Wochenplan aus und bespricht diese mit ihm.

Am Aufnahmetag wird er seinen Mitbewohnern auf der WG vorgestellt und willkommen heißen, in der nächsten Gruppe den gesamten Bewohnern.

### 5.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Es erfolgt eine ausführliche Anamnese. Diese beinhaltet:

- eine Familienanamnese
- eine biografische Entwicklungsanamnese mit Angaben zu Schwangerschaft und Geburt, frühkindlicher Entwicklung, motorischer Entwicklung, sprachlicher Entwicklung, Sauberkeitsentwicklung, Auffälligkeiten beim Übergang in den Kindergarten oder in die Schule, schulischen Leistungen, bisherigen körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen und Risiken
- eine Anamnese der familiären Situation mit Angaben zum Gesundheitszustand der Eltern, Großeltern und Geschwister, zur beruflichen Situation der Eltern, Wohnsituation, Kontakt zu Familienangehörigen, Großeltern, zu Peers und Freunden, zu besonderen Ereignissen
- eine ausführliche Suchtanamnese
- Erhebung der vorhandenen Ressourcen
- eine Schulanamnese oder Berufsanamnese

Neben den anamnestischen Daten werden ein psychopathologischer Befund sowie ein allgemein orientierender internistischer neurologischer Status erhoben. Diese Informationen und Untersuchungsbefunde werden nach dem multi-axialen Klassifikationsschema MAS von Remschmied et al. (2006) fünffachsig verschlüsselt.

Zur Erläuterung:

- Achse 1 – psychische Störungen, klassifiziert nach ICD-10
- Achse 2 – umschriebene Entwicklungsstörungen
- Achse 3 – Intelligenzniveau
- Achse 4 – aktuelle körperliche Symptomatik
- Achse 5 – abnorme psychosoziale Belastungsfaktoren
- Achse 6 – Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus

Aufgrund dieser Diagnostik entsteht ein umfassendes Bild der Situation des Rehabilitanden.

Es wird eine ausführliche Fremdanamnese von den Eltern oder Sorgeberechtigten erhoben. Des Weiteren wird fremdanamnestisch auf Arztbriefe, kinder-/jugendpsychiatrische Testungen, Berichte von Jugendämtern etc. zurückgegriffen und die aktuelle Diagnostik ergänzt.

## Testpsychologische Untersuchungsverfahren

Nachstehende Verfahren werden angewandt:

- CFT 20 Grundintelligenztest.
- SCL zur Erfassung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome als Ausgangswert und als Verlaufsdagnostik.
- Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) und Feel KJ.

Weitere testpsychologische Verfahren können bei spezieller Fragestellung durchgeführt werden.

Alle Untersuchungsbefunde werden schriftlich dokumentiert (in PATFAK und Patientenakte).

### 5.7.3 Medizinische Behandlung

- Die gesamte medizinische Rehabilitationsbehandlung steht unter der Verantwortung des leitenden Arztes.
- Es findet täglich eine ärztliche Sprechstunde statt, bei akuten Erkrankungen auch außerhalb der Sprechzeiten. Der Arzt ist als Hintergrunddienst jederzeit (24 Stunden) erreichbar.
- Die fachärztliche Versorgung wird durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in enger Kooperation mit dem leitenden Arzt geleistet.
- Langjährig wird mit dem Hausarzt, einem niedergelassenen Allgemein- arzt in Ottobeuren, kooperiert, der auch für Hausbesuche zur Verfügung steht.
- Sowohl in Ottobeuren als auch in Memmingen wird mit den niederge- lassenen Fachärzten kooperiert, ebenso wie mit den Krankenhäusern Ottobeuren und Memmingen, sollte eine stationäre Behandlung nötig sein.
- Für spezielle kinder- und jugendpsychiatrische Fragestellungen steht ein niedergelassener Kollege in Memmingen zur Verfügung.
- Für kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle, die eine stationäre Maßnahme nötig machen, steht die Kinder- und Jugendpsychiatrie Josefinum in Augsburg zur Verfügung.

- Des Weiteren finden regelmäßig Informationsveranstaltungen zu Fragen der Gesundheit, Hygiene und Infektionserkrankungen statt.
- Notwendige Medikamente werden von geschulten Kräften verabreicht und im Cadex-System dokumentiert. Die auf den Wohngruppen arbeitenden Heilerzieher und Pfleger kümmern sich im Krankheitsfalle um die Versorgung der Rehabilitanden.

#### 5.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

In der Einrichtung wird nach dem Konzept der integrativen Therapie gearbeitet. Sie besteht im kombinierten Einsatz verschiedener therapeutischer Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Verhaltenstherapie, systemische Therapie). Die Psychotherapie verfolgt das Ziel, gegenwärtiges Erleben und Verhalten als das Ergebnis bisheriger Lebenserfahrungen, Veranlagungen und äußerer Einflüsse zu sehen und individuelle Erlebens- und Verhaltensweisen im Hinblick auf ihre Angemessenheit und Effektivität zu verbessern. Unterschiedliche therapeutische Verfahren nutzen unterschiedliche Zugangsmodalitäten zu wichtigen psychischen Funktionen und etablieren in unterschiedlichen Kontexten Reifungs- und Übungsräume.

Die Psychotherapie findet in Gruppen- und Einzelgesprächen - durchgeführt durch den Bezugstherapeuten - statt.

##### **Psychotherapeutische Kleingruppe:**

diese findet einmal die Woche für 90 Minuten als halboffene Gruppe mit ca. acht Jugendlichen statt. In der psychotherapeutischen Kleingruppe können mit den Bezugstherapeuten und dem Cotherapeuten und den dann vertrauten Mitpatienten die individuell belastenden Faktoren, Life Events bearbeitet werden. Im Spiegel der Gruppe kann gelernt werden, innere Zustände zu verbalisieren, die Affekte zu differenzieren, eine Verbesserung der Affektregulation zu erreichen, die Fähigkeit zum Bedürfnisaufschub zu erwerben, die Beziehung zum eigenen Selbst und zu den Gruppenpersonen zu verbessern.

Tiefenpsychologisch fundierte Ansätze lehnen sich an der interaktionellen Methode an. Nach analytischer Sicht ist die Sucht Zeichen eines unzureichend entwickelten Ichs, das das Suchtmittel zur Vervollständigung der Person benutzt. Methodisch bietet sich die interaktionelle Methode an, da sie auf das Hier und Jetzt der Beziehung abgestellt ist und auf das Prinzip antwortender Gefühle mit authentischer Rückmeldung erfolgt. Dies erweist sich bei Jugendlichen als hilfreich.

Verhaltenstherapeutisch wird mit Jugendlichen gearbeitet, wenn das Konsumverhalten, vor allem durch Verstärkung und Modelllernen, erworben und aufrechterhalten wird. Dabei wird auf die Erfassung und Beschreibung der Begleitumstände, der positiven und negativen Verstärkung und aufrechterhaltenden Bedingungen des Konsums im Sinne einer Verhaltensanalyse zurückgegriffen.

Angewendet wird hauptsächlich die kognitive Verhaltenstherapie, das beinhaltet: Gewahrwerden von internen und externen Stimuli und Vermeiden von rückfallbegünstigenden Situationen, wie die Anwendung eigener Coping-Strategien, Aufbau von Fertigkeiten, um sozialem Druck zum Substanzkonsum zu widerstehen, Entwicklung von Strategien zum Umgang mit psychosozialen Belastungen und Triggern für Substanzkonsum. Ein wesentlicher Baustein ist das Training sozialer Kompetenzen in Gruppen.

**Rehabilitationsgruppe:**

Diese Gruppe trifft sich mit den Therapeuten und Pädagogen zweimal die Woche mit einer Dauer von je 90 Minuten.

Einerseits wird dort themenzentrierte Arbeit geleistet, andererseits erfolgt die Klärung von Konflikten, das Erlernen der Verbalisierung von Affekten, die Reflexion des eigenen Erlebens sowie das Kennenlernen von Unterstützungsangeboten. Die Förderung von Einsicht und Erfahrung, Lernen an Identifikation und am Modell ergänzen die Palette.

**Hausplenum:**

für alle anwesenden Mitarbeiter und Rehabilitanden, ca. vierzehntäglich 90 Minuten. Besprechen organisatorische Belange, Krisenfälle, die das ganze Haus betreffen, und erarbeiten gemeinsame Lösungen.

**Einzeltherapie:**

findet nach individuellem Bedarf 50 Minuten mit dem Bezugstherapeuten statt. In diesen Gesprächen werden vor allen Dingen lebensgeschichtliche Vorfälle bearbeitet, die in der Gruppe zu bearbeiten für den Jugendlichen zu schwierig sind. Dies ist häufig der Fall bei Themen wie Missbrauch, Gewalt, Sexualität. Die Einzeltherapie dient auch dazu, das therapeutische Bündnis aufzubauen und zu verfestigen. Ebenso werden in Einzelgesprächen, wie in dem Thema Rückfallmanagement dargelegt, die Rückfälle oder Rückfallgefährdungen bearbeitet.

**Motivations- und Orientierungsgruppe:**

Diese Gruppe trifft sich einmal die Woche für 60 Minuten für die Therapieanfänger. Dort findet die Vermittlung von Information über die Suchterkrankung, Aufbau des Krankheitsverständnisses und der Krankheitseinsicht, Motivierung zur Abstinenz, eine Einführung in die Regeln und Strukturen des Hauses, Verständnis für das Regelwerk, gegenseitiges Unterstützen bei Craving- und Abbruchgedanken statt.

**Geschlechtsspezifische Mädchen- und Jungsgruppe:**

Einmal die Woche mit einer Dauer von 90 Minuten mit Therapeuten und Wohngruppenpädagogen und Rehabilitanden gleichen Geschlechts.

In diesen geschlechtsspezifischen Gruppen werden die in der Adoleszenz besonders wichtigen Fragen der jeweiligen Geschlechtsidentität und der damit verbundenen Sorgen und Nöte besprochen sowie Informationen über Sexualität vermittelt. Ebenso wird jedoch auch das Zusammenleben der Jungs und Mädchen miteinander und in den nach Geschlecht gesonderten Gruppen besprochen.

**Phasengruppe:**

Auch einmal die Woche für 90 Minuten mit den Wohngruppenpädagogen. Besprechung der in der 2. Phase vermehrten Anforderungen an Selbstverantwortungs- und Verantwortungsübernahme für die Gruppe, der daraus resultierenden Probleme und Entwicklung von Lösungsstrategien, die Besprechung und Planung der ersten Ausgänge mit dem Fokus der Rückfallprävention. In diesen Gruppen Anleitung zu vermehrtem Selbstmanagement, Stützen und Finden eigener Ressourcen, Fähigkeiten und deren Umsetzung.

**KV- (Klientenvertreter-) Besprechung:**

Einmal die Woche 90 Minuten mit den Wohngruppenpädagogen. Anleitung der Klientenvertreter und Hilfestellung bei ihren vielfältigen Aufgaben in der Klientenverwaltung, Hilfe bei organisatorischen Dingen, inhaltliche Besprechungen und Coaching der Patienten. Diskussion des Regelwerkes und dessen Adaption. Planung der eigenverantworteten Bereiche des Hauses. Der Fokus liegt auf der Erhöhung der sozialen Kompetenzen, der Befähigung zu Teamarbeit und der Moderierung der dabei anfallenden Konflikte.

**5.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen**

Alle Rehabilitanden durchlaufen während ihrer Therapie sämtliche arbeitstherapeutischen Bereiche. Die ersten vier Wochen Wechsel von einem Bereich zum anderen, um Eignung, Fähigkeit und Neigung zu erproben. Die Dauer des Einsatzes in der Arbeitstherapie richtet sich nach individuellem Therapieplan.

Angeboten werden: Service, Hauswirtschaft, Küche, Renovierung, Garten, Schreineri.

Ziel dieser Maßnahme bei Jugendlichen ist es, sie erstmalig an eine Tätigkeit heranzuführen. Die Mehrzahl der Jugendlichen hatten noch keinen Kontakt mit der Arbeitswelt, insofern gilt es, nach individueller Belastungsfähigkeit die Rehabilitanden einzusetzen und ihnen Basisfähigkeiten zu vermitteln, die später notwendig sein werden für die Ausbildungsfähigkeit. Dabei werden die Leistungen der Jugendlichen am Anfang und in regelmäßigen Abständen dokumentiert und so der individuelle Förderbedarf innerhalb der Therapieplanung festgeschrieben. Beurteilt werden in Anlehnung an das Melba-Konzept: Konzentration, Antrieb, Feinmotorik, Ausdauer, Auffassung, Sorgfalt, Aufmerksamkeit, Selbstständigkeit, Teamfähigkeit, Sauberkeit, Ordnung, Pünktlichkeit, Arbeitsplanung.

Ziel dieser Maßnahme ist auf der einen Seite, wie oben beschrieben, das Heranzuführen an die Basisfähigkeiten zur Ausbildungsfähigkeit, auf der anderen Seite die Entwicklung von Freude am Gestalten und das Entdecken und Fördern individueller Begabungen und Neigungen. In den Ferien finden gemeinsam mit den Jugendlichen, die von den Arbeitstherapeuten auch in die planerischen Maßnahmen einbezogen werden und individuell nach ihren Fähigkeiten bei den Vorbereitungen aktiv beteiligt sind, Projekte statt, meist im handwerklichen Bereich, sodass sich



unmittelbare Erfolgserlebnisse einstellen. Ebenso wichtig ist das Erlernen einer realistischen Einschätzung eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten.

**Anmerkung:**

Die eigentliche Förderung und Erprobung in der Arbeitswelt – in Praktika in Arbeitsbereichen im Haus und in externen Praktika – findet erst in der Wiedereingliederungsmaßnahme statt.

### **5.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken**

Therapiesport findet dreimal wöchentlich einstündig statt, angeleitet von einem Sportpädagogen / einer Sportpädagogin, getrennt nach Mädchen und Jungs.

Ziel dieser Maßnahme ist einerseits die Wiederherstellung der körperlichen Belastbarkeit, die Erreichung einer altersgemäßen Fitness, andererseits die Wiederherstellung von Freude und Spaß an Spiel und Bewegung, die positive Beeinflussung negativer psychischer Zustände durch körperliche Bewegung, Förderung von Wahrnehmung der Bedürfnisse, andere Grenzsetzungen, Impulskontrolle bei spielerischer Einübung von Teamspielen.

Im Hause werden auf dem hauseigenen Sportplatz oder in der hauseigenen Turnhalle Ballspiele (z. B. Volleyball, Basketball, Beach-Volleyball, Fußball) angeboten; Cardio-Fitnessangebote: Circle Training, Laufgruppe, Radfahren sowie im Fitnessraum Crosstrainer. Des Weiteren gibt es zum Muskelaufbau einen Fitnessraum mit Geräten, wobei für die Jugendlichen ein individueller Trainingsplan aufgestellt wird. Von Mädchen werden vor allen Dingen Aerobic, Pilates und Gymnastik angenommen.

Entsprechend dem Bedürfnis von jugendlichen Patienten ist diese Vielfalt geboten. In den Wintermonaten findet der Sport meist im Freien statt (Langlauf, Snowboard, Schneeschuhwandern).

Entspannungstraining: progressive Muskelentspannung nach Jacobson, autogenes Training nach individueller Therapieplanung als Kurs mit 6 Sitzungen, angeleitet von ausgebildetem Fachpersonal.

In der medizinischen Rehabilitation werden Freizeitangebote angeleitet und von pädagogischem Personal begleitet. Die Rehabilitanden haben im Rahmen ihrer Selbstverwaltung und ihrer Aufgaben zwei Freizeitplaner, die die Wünsche und Vorschläge der Klienten mit in die Planung einbringen. Die Jugendlichen brauchen von dem pädagogischen Personal viel Anregung und Vorschläge, da die meisten eine sinnvolle Freizeitgestaltung nicht kennen gelernt haben oder verlernt haben. Im Sinne der Aktivität und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft liegt unser Augenmerk besonders darauf, sinnvolle Freizeitgestaltung zu fördern.

### 5.7.7 Freizeitangebote

**Freizeitangebote im Haus:** Diese können von den Jugendlichen auch selbstständig genutzt werden, jedoch in der Regel von Erziehern und Heilpädagogen angeleitet und begleitet. Fitnessraum, Bibliothek (verwaltet und aufgebaut unter Anleitung von den Jugendlichen), Theaterraum, Freizeitraum mit Kicker und Billard, Tischtennisplatten, Kreativraum mit der Möglichkeit zum kreativen Gestalten, Malen, Basteln, Musikraum zum „Selbermachen“, wo die Hausband selbst üben kann, aber auch angeleitet wird und sich so auch Fertigkeiten im Spielen von Musikinstrumenten aneignen kann.

Des Weiteren kann die erlebnispädagogische Landschaft von K-wood (welche sich ebenfalls auf dem Gelände von Klosterwald befindet) mitbenutzt werden, wobei die Übungen (Klettern, Hochseilgarten) von ausgebildeten Trainern angeleitet werden.

Outdoor-Aktivitäten sind Schwimmen in Hallenbädern oder Seen, Bogenschießen oder Cross-Golfen, angeleitete Fahrrad- oder Mountainbike-Touren, Wanderungen, Bergwanderungen, Kletterkurse. Im Winter Skifahren und Snowboarden, angeleitet von einem Skilehrer. Es finden regelmäßige Hüttentage und Zeltlager statt.

Dieses vielfältige Freizeitangebot soll die Jugendlichen befähigen, sich in Geschicklichkeit zu üben, Ausdauer, Konzentration, Freude und körperliche Fitness zu erwerben. Die in diesem angeleiteten Freizeitangebot entdeckten Interessen und Fähigkeiten tragen dazu bei, dass die Patienten später befähigt sind, eine Balance zwischen Arbeitsleben und aktiver Freizeit zu halten, was für eine dauerhafte Integration in die Gesellschaft von großer Bedeutung ist.

### 5.7.8 Sozialdienst

Durch Diplomsozialpädagogen wird sehr zeitnah die Sozialanamnese erhoben. In enger Zusammenarbeit mit den Angehörigen werden sozialrechtliche, finanzielle, juristische Angelegenheiten geklärt. Die Begleitung zu Gerichtsverhandlungen und bei Behördengängen wird übernommen. Der Rehabilitand wird unterstützt bei der Klärung juristischer Fragen, Vorbereitung von Verhandlungen, Kontakt zu Jugendgerichtshilfe, Kontaktherstellung und -erhaltung zu Bewährungshelfern. Gegen Ende der medizinischen Rehabilitation bereiten sie das erste Hilfeplangespräch vor.

Nur in Ausnahmefällen, wenn ein Jugendlicher nicht die Gesamtmaßnahme von einem Jahr bei uns absolviert, kümmern sich die Sozialpädagogen gemeinsam mit dem Rehabilitand um die Arbeitssuche, Wohnungssuche, ambulante Nachsorge. In unserem Gesamtkonzept finden diese Maßnahmen, durchgeführt von den Sozialpädagogen, in der Jugendhilfe-Maßnahme (Wiedereingliederung) statt.

### **5.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung**

Es finden Informationsveranstaltungen zur Gesundheitsförderung statt und zu gesunder und vollwertiger Ernährung. Ernährungsberatung findet einzeln und in Gruppen statt. In unserer Küche werden den Rehabilitanden die Grundbegriffe von gesunder Ernährung durch aktives Tun, Kochen und Zubereiten von Mahlzeiten, vermittelt. Einmal in der Woche wird auf den Wohngruppen selber unter Anleitung gekocht, wobei Wert auf gesunde Ernährung und aktives Tun und Lernen gelegt wird.

### **5.7.10 Angehörigenarbeit**

Bei jugendlichen Rehabilitanden ist eine intensive Einbindung der Eltern oder Sorgeberechtigten in den Therapieprozess unerlässlich. Wie schon unter „Aufnahmeverfahren“ beschrieben, sind die Eltern vor der Aufnahme und in die Aufnahme involviert. In regelmäßigen Abständen finden Elterngespräche statt, in denen die Eltern über die Therapiefortschritte und Ziele informiert werden und so an der Entwicklung ihrer Kinder teilnehmen können. Diese Gespräche dienen der Klärung der oft schwierigen familiären Verhältnisse und familiären Beziehungen untereinander und der Besprechung von Co-Abhängigkeit und der damit verbundenen Probleme. In Krisenfällen oder bei weiter entfernt wohnenden Angehörigen, die nicht so häufig zu den Angehörigengesprächen kommen, wird telefonisch Kontakt aufgenommen und gehalten. Bei ebenfalls suchterkrankten Eltern wird versucht, eine Therapie zu vermitteln.

Regelmäßig finden an den Wochenenden Besuche der Angehörigen bei ihren Kindern statt. Während dieser Besuche besteht immer ein Kontakt zu den anwesenden Erziehern und Pädagogen, sodass nach Bedarf kürzere oder längere Gespräche mit den Eltern am Wochenende erfolgen können.

Vor den ersten Heimfahrten erfolgt in der Vorbereitung ein Gespräch mit den Eltern, wenn möglich persönlich, sonst telefonisch, mit Fokus auf Risikofaktoren und rückfallgefährdete Situationen sowie nach der ersten Heimfahrt eine Nachbesprechung.

### **5.7.11 Rückfallmanagement**

Die Behandlung von Jugendlichen ist krisenanfälliger. Zu den Krisen gehören Weglaufen oder Rückfälle während der Therapie. Jenseits von jeder Beliebigkeit muss in diesen Fällen eine Wiederaufnahme unter bestimmten Bedingungen sinnvoll und zielführend ermöglicht werden.

Bei Kompass Impuls besteht das Abstinenzparadigma. Die abstinente Atmosphäre ist für den Genesungsprozess wesentlich. Deshalb wird jeder Rehabilitand darauf hingewiesen und ihm mitgeteilt, dass ein Rückfall während der stationären Behandlung die disziplinarische Entlassung nach sich ziehen kann.

Es ist jedoch auch bekannt, dass eine Suchterkrankung regelhaft mit Rückfällen einhergeht und eine sofortige disziplinarische Entlassung – ohne die Analyse der individuellen, einen Rückfall bedingenden Faktoren des Klienten – sicherlich keine Verbesserung der Symptomatik bewirkt.

Im Gegenteil hat mittlerweile die schon lang geübte Praxis der Rückfallbearbeitung auch im stationären Setting gezeigt, dass die Fortführung der stationären Behandlung auch Chancen für die Weiterentwicklung des Patienten bietet und damit zum Erlangen einer dauerhaften Abstinenz beiträgt. Entscheidend ist die Bereitschaft des Rehabilitanden, sich auf diesen Aufarbeitungsprozess einzulassen und individuell daraus einen Gewinn zu ziehen.

Nicht unerwähnt sollten jedoch auch die Bereitschaft und die Fähigkeit des therapeutischen Teams sein, den Jugendlichen in dieser schwierigen Situation zu begleiten. Dazu gehört selbstverständlich auch die Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene (Sonnenmoser, M., 2003).

Die Erfahrungen bei Kompass Impuls zeigen, dass die gefürchtete „Ansteckung“ der Mit-Rehabilitanden bei dieser sorgfältig durchgeführten Rückfallbearbeitung nicht eintritt. Differenziert werden muss bei der individuellen Rückfallarbeit sicher, ob der Jugendliche sich von selbst vertrauensvoll an die Therapeuten wendet und über den Rückfall berichtet, ob er von Mit-Rehabilitanden berichtet wird, oder ob der Jugendliche bei Urinkontrollen „entdeckt“ wurde. Ebenso muss die Gefährdung von Mitbewohnern in die Betrachtung des Rückfalls mit einbezogen werden.

Die Rückfallbearbeitung erfolgt bei Kompass Impuls nach dem 4-Schritte-Programm von Körkel und Wohlfahrt (Körkel, J., 1995).

Der Rehabilitand wird **im ersten Schritt** aus der Gruppe herausgenommen und arbeitet mit seinem Bezugstherapeuten im Einzelgespräch das Rückfallgeschehen auf, wobei neben der Hergangsbeschreibung vor allem auf die innerpsychischen auslösenden Faktoren eingegangen wird. In diesem Einzelgespräch wird auch überprüft, ob der Jugendliche weiter motiviert für eine Therapiefortsetzung ist, die Verantwortung für seinen Rückfall übernehmen wird und daraus gemeinsam mit dem Therapeuten neue Zielvorgaben für die Therapie formuliert.

**Im zweiten Schritt** werden dieses Rückfallgeschehen sowie die Ergebnisse der Bearbeitung des Rückfalls mit dem Therapeuten in der therapeutischen Kleingruppe thematisiert und durchgearbeitet.

**Der dritte Schritt** ist eine Besprechung des Rückfalls im therapeutischen Team.

**Der vierte Schritt** stellt die Darstellung und Besprechung des Rückfalls in der Großgruppe unter Beisein des Bezugstherapeuten und der Mitarbeiterinnen dar.

Dieses Vorgehen hat sich bei Kompass Impuls bewährt, und der rückfällige Rehabilitand profitiert in der Regel von diesen Vorgängen durch intensivere Einblicke in seine Störungsstruktur und empfindet es als Hilfe, gemeinsam mit dem Therapeu-

ten die Zielsetzungen der Therapie noch einmal neu zu justieren. Ebenso wie er, sobald er diese Schritte durchlaufen hat, auf die Hilfe der Mit-Bewohner und der Gruppe in der therapeutischen Gemeinschaft zählen kann.

Sollte sich im Laufe dieses Programms herausstellen, dass es nicht möglich ist, mit einem rückfälligen Jugendlichen weiterzuarbeiten, und die disziplinarische Entlassung ausgesprochen werden muss, so wird sich der Bezugstherapeut gemeinsam mit dem Jugendlichen in einem nicht strafenden und Schuld zuweisenden, sondern die therapeutische Bindung aufrechterhaltenden Gespräch, oft gemeinsam mit den sorgeberechtigten Eltern, um die geeignete Weiterbehandlung bemühen und diese organisieren.

### **5.7.12 Pflege**

Zu den Aufgaben der Heilerzieher und Wohngruppenbetreuer gehören die erzieherischen Maßnahmen der Gesundheits- und Hygieneberatung, Erstellung von Hygieneplänen, Erziehung zu Sauberkeit, Ordnung und persönlicher Hygiene, pflegerische Maßnahmen im Sinne von Versorgung von Bagatellverletzungen, Medikamentenausgabe, medizinische Basisüberwachung, regelmäßige Atemluft- und Drogen-Screenings, Betreuung und Pflege der Jugendlichen bei interkurrenten Infekten und Erkrankungen, Anwendung von medizinisch verordneten Maßnahmen, (Inhalationen, Umschläge, Vermittlung von Zugang zu Hausmitteln, naturheilkundlichen und Supportiv-Behandlungen, Überwachung der in der Gesundheitsfürsorge vereinbarten Themen, ausreichende Wasserzufuhr, Sonnenschutz etc., Belastung, Überlastung, High-Risk-Verhalten etc.

### **5.7.13 Weitere Leistungen – Schulunterricht**

Zur Erreichung der Therapieziele und vor allen Dingen der dauerhaften Abstinenz und Teilhabe ist bei Jugendlichen die schulische Förderung unabdingbar.

Dank der Unterstützung des Schulamtes der Regierung von Schwaben konnte mit Beginn des Schuljahres 2000/2001 die hausinterne Beschulung an das Sonderpädagogische Zentrum Memmingen angegliedert werden.

Durch die Kooperation von Therapeuten und Lehrkräften wird eine individuelle schulische Förderung möglich. Sie ist Voraussetzung für die Erreichung von Schulabschlüssen und für die spätere berufliche (Wieder-)Eingliederung.

In der hausinternen Schule können der Hauptschulabschluss und der Qualifizierende Hauptschulabschluss abgelegt werden. Die hausinterne Beschulung beginnt mit einem „Schultest“, um den individuellen Leistungsstand und den individuellen Förderbedarf eines Patienten festzulegen. Am Anfang der Beschulung liegt der Schwerpunkt darauf, die Patienten „schulfähig“ zu machen, d. h. das Hinführen auf und Ausbilden von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ihnen ermöglichen, die spezifischen Inhalte der verschiedenen Unterrichtsfächer zu erarbeiten, Lücken aufzu-

füllen und individuelle Schwächen auszugleichen. Um diese individuelle Beschulung zu leisten, stehen für die Patienten drei Lehrer und ein Sonderpädagoge auf Honorarbasis zur Verfügung. Des Weiteren erfolgt eine Hausaufgabenbetreuung. Am Ende nehmen die so gut vorbereiteten Patienten an einer externen Hauptschulprüfung oder an der Prüfung zum Qualifizierenden Hauptschulabschluss der Schule Ottobeuren teil und erhalten von dieser Schule bei Erfolg ihre Zeugnisse.

Zudem bestehen gute Kooperationen mit der M10-Realschule und -Gymnasium in Ottobeuren, sodass bei Bedarf – und wenn von therapeutischer Seite schon möglich – ab Ende 2. Phase eine externe Beschulung erfolgen kann.

#### **5.7.14 Beendigung der medizinischen Rehabilitation**

Tritt der medizinisch-therapeutische Behandlungsbedarf zunehmend in den Hintergrund und sind die übergeordneten und individuellen Ziele der medizinischen Rehabilitation erreicht und ist der Rehabilitand stabil genug, erfolgt die Überleitung in das Heilpädagogische Heim – in die Wiedereingliederungsphase. Das Erreichen der Ziele wird durch den Bezugstherapeuten in einer Fallkonferenz mit allen beteiligten Abteilungen diskutiert und mit dem Jugendlichen besprochen. Der Jugendliche selbst fertigt eine Therapiereflexion an, in der er nochmals die für sich erreichten Ziele und Erfolge reflektiert, und beginnt, die Ziele für die Wiedereingliederungsmaßnahme zu formulieren. Diese werden im Erste-Hilfe-Plangespräch mit dem Bezugstherapeuten, den Pädagogen, dem Jugendamt und den Eltern konkretisiert und schriftlich fixiert.

Eine medizinische Entlassuntersuchung findet statt, der Entlassbericht wird geschrieben.

In dieser Wiedereingliederungsphase von Klosterwald liegt der Fokus auf der Vollendung der schulischen Bildung, der Berufsfindung, Berufseignungstests, internen und externen Arbeitserprobungen, externen Belastungserprobungen durch Heimfahrten, Rückfallpräventionstraining. Die Entlassplanung nach Abschluss der Gesamtmaßnahme beinhaltet Koordinierung und Organisation von neuem Wohnort, weitere therapeutische Anbindung, ambulante Nachsorge, ambulante Psychotherapie, betreutes Wohnen, die Einleitung weiterer schulischer Bildung oder Beginn einer Lehre, Beratung und Organisation finanzieller Hilfen.

In den seltenen Fällen, in denen mit Ende der medizinischen Rehabilitation die Gesamtmaßnahme beendet wird, wird diese Entlassplanung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation durchgeführt.

## 6. Personelle Ausstattung

Für Kompass Impuls arbeiten im Bereich der Rehabilitation insgesamt 23 Personen auf 13,23 Stellen (VK).

Es handelt sich um ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, Krankenpflegerinnen, Erzieher, Heilerziehungspfleger Sportlehrern, Arbeitsanleiter (Schreinermeister), Kreativtherapeuten, Verwaltungsmitarbeitern, Mitarbeitern in Küche und Hauswirtschaft (Betriebsleiter) sowie Praktikanten, geringfügig Beschäftigten Honorarkräfte und Bundesfreiwilligendienst.

Der Personalstand wird vierteljährlich der DRV Schwaben (federführender Kostenträger) mitgeteilt.

Bei Kompass Impuls wird im Schichtdienst gearbeitet, um so die Aufsichtspflicht bei Minderjährigen zu gewährleisten.

Im Bereich der Jugendhilfe (Wiedereingliederung) arbeiten nochmals 21 Personen auf 11,49 Stellen (VK).

## 7. Räumliche Gegebenheiten

Die Therapieeinrichtung IMPULS befindet sich in einem ehemaligen Kloster in Klosterwald bei Ottobeuren im Landkreis Unterallgäu. Das Kloster wurde in den Jahren 2000-2002 umfassend renoviert und verfügt über ca. 2.000 m<sup>2</sup> Wohn/Nutzfläche und 2,1 ha Umland, Gärten, Wiesen, Wälder.

### Wohngruppen

Die Rehabilitation wird in zwei Wohngruppen – einer Mädchen- und einer Jungs-Wohngruppe – durchgeführt. Wobei die Wohngruppen der Mädchen im selben Gebäude untergebracht, aber ein Stockwerk höher gelegen ist und baulich klar von der Wohngruppe der Jungen getrennt ist. Die Rehabilitanden sind in Zwei-Bett-Zimmern mit Nasszelle (Dusche, WC) untergebracht. Auf der Wohngruppe der Mädchen befindet sich ein Büro der WG-Betreuer, auf der Jungs-Wohngruppe zwei Büroräume. Die Mädchen-WG ist ausgestattet mit einer großen Wohnküche mit Kochzeile, Esstisch, Couchgarnitur und Fernsehgelegenheit. Die Wohngruppe der Jungs hat eine separate Küche mit Ess- und Kochgelegenheiten und einen Wohnraum.

Jeder Bezugstherapeut hat ein eigenes Büro, in dem Einzelgespräche ungestört stattfinden können. Es gibt zwei große Gruppenräume für die Therapiegruppen, ein Arztzimmer, ein Nachwachenzimmer, einen Teambesprechungsraum.

Den Rehabilitanden steht ein Büro für die Klienten-Selbstverwaltung mit Computern ausgestattet zur Verfügung.

### **Räume für die strukturierte Freizeit**

Für die strukturierte Freizeit stehen folgende Räume zur Verfügung:

- Kreativraum
- Freizeitraum (mit Billardtisch, Kicker und Tischtennisplatte),
- Fitnessraum
- Musikraum
- Bibliothek
- Theaterraum
- Turnhalle
- Schach im Garten
- Sportplatz
- Gartenanlagen
- großer Speisesaal

### **Schulräume**

Die integrierte Schule verfügt über drei großzügige Unterrichtsräume und ein Lehrerzimmer.

### **Gemeinschaftseinrichtung**

Die Verwaltung befindet sich in einem Nebengebäude mit einem zusätzlichen Besprechungsraum.

## **8. Kooperation und Vernetzung**

Kompass Impuls ist Mitglied im Gemeindepsychiatrischen Verbund Memmingen/Unterallgäu und im regionalen Suchtpräventionszirkel. Es ist vernetzt mit dem Sonderpädagogischen Förderzentrum Memmingen, der Mittelschule Ottobeuren, den umliegenden Krankenhäusern in Ottobeuren und Memmingen, den Kinder-/Jugendpsychiatrien Josefinum in Augsburg, der Heckscher-Klinik in München, der Weißenau in Ravensburg, der Jugendgiftungsstation im BKH Mainkofen, dem Jugendamt Mindelheim und diversen Jugendämtern, der örtlichen Bewährungshilfe, der örtlichen Agentur für Arbeit sowie mit den örtlichen Handwerksbetrieben (Ermöglichung der Praktikumssuche).

Es bestehen Kontakte zu den umliegenden Vereinen.



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

## 9. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Einrichtung ist zertifiziert nach ISO 9001 und seit Februar 2012 zusätzlich QMS Reha BAR. Damit ist gewährleistet, dass den Qualitätsanforderungen der DRV entsprochen wird.

Ein ZQMB ist einrichtungsübergreifend für die Kompass Drogenhilfe tätig. Im Hause sind zwei QMBs tätig, die für die Umsetzung der Qualitätsstandards sowie die Anleitung der Mitarbeiter zuständig sind. Sie sind ausgebildet als interne Auditoren.

Einmal jährlich wird ein internes Prozess- und System-Audit durchgeführt.

## 10. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

In monatlichen Berichten werden die aktuellen Entwicklungen und Zahlen mit den anderen Kompass-Einrichtungen ausgetauscht.

Vierteljährlich findet ein Leiter-Treffen der Kompass-Einrichtungen statt.

Bei Kompass Impuls findet wöchentlich eine Teamsitzung statt unter Teilnahme sämtlicher Professionen und Abteilungen, in denen auch die Fallkonferenzen stattfinden,

einmal wöchentlich eine Besprechung des Wohngruppen-Teams,

einmal wöchentlich eine Besprechung des Arbeitstherapeuten-Teams,

einmal wöchentlich eine Besprechung der Therapeutenteams.

Täglich erfolgt mittags eine kurze Übergabe mit allen anwesenden Mitarbeitern. Die Übergabe von Nacht- auf Tagdienst erfolgt in der Früh, ebenso täglich am Abend eine Übergabe vom Tagdienst an die Nachtdienstbereitschaft.

Diese hausinternen Besprechungen werden protokolliert und im elektronischen Team-Buch schriftlich für alle zugänglich niedergelegt.

Alle sechs bis acht Wochen findet eine externe Supervision statt.

Es finden regelmäßige Besprechungen mit den QMBs aller Kompass-Einrichtungen unter Anleitung des ZQMBs zur Weiterentwicklung und Pflege des QM-Systems statt.

Die interne Kommunikation läuft über Telefon, E-Mail und elektronisches Team-Buch. Das QM-Portal Easy-QM, auf dem alle QM-relevanten Informationen liegen, ist allen Mitarbeitern zugänglich.

Die Dokumentation erfolgt über das für alle Mitarbeiter zugängliche Programm PATFAK.

## 11. Notfallmanagement

Die Einrichtung verfügt über ausgebildete Ersthelfer, Brandschutzhelfer und Sicherheitsbeauftragte.

Die medizinische technische Notfallausrüstung besteht aus einem Defibrillator, einem Notfallkoffer, Erste-Hilfe-Kästen.

In den Büros der Mitarbeiter und in den Teamzimmern hängen die relevanten Notfallnummern inkl. Giftzentrale gut sichtbar aus, ebenso ein Notfallablaufplan.

Die Mitarbeiter werden regelmäßig geschult.

Es besteht eine medizinische Rufbereitschaft mit Erreichbarkeit rund um die Uhr.

Das Haus ist/wird mit einem Notrufsystem nachgerüstet, welches bei akuten Notfällen ein rasches Eingreifen ermöglicht.

## 12. Fortbildung

Auf individuelle Fortbildung der Mitarbeiter wird Wert gelegt. In den jährlichen Mitarbeitergesprächen werden die geplanten und für die Einrichtung notwendigen Fortbildungsmaßnahmen besprochen und vereinbart, so wie im QM-System hinterlegt.

Es werden regelmäßig interne Fortbildungen durchgeführt. Die Kompass Drogenhilfe bietet zehn interne Fortbildungsmodule in ca. zweimonatlichen Abständen an. Die Mitarbeiter nehmen an Fachkongressen und Symposien teil.

Es liegen Fachzeitschriften auf, Fachbücher sind zur Einsicht vorhanden.

## 13. Supervision

Regelmäßig finden im Rahmen der Teamsitzung **interne** Fallsupervisionen statt, **externe** Supervision – an der alle Mitarbeiter teilnehmen – findet ca. alle sechs bis acht Wochen als Fallsupervision und als Teamsupervision durch einen externen qualifizierten Supervisor statt.

## 14. Anhänge

### 14.1 Tagesplanung

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
6.30 Uhr wecken	6.30 Uhr wecken	6.30 Uhr wecken	6.30 Uhr wecken	6.30 Uhr wecken		
7.00-7.20 Uhr Frühstück	7.00-07.20 Uhr Frühstück	7.00-07.20 Uhr Frühstück	7.00-07.20 Uhr Frühstück	7.00-07.20 Uhr Frühstück	7.30 Uhr wecken/ 8.00 Uhr-8.30 Frühstück	
8.00-9.30 Uhr Schule/ AT	8.00-9.30 Uhr Schule/ AT	8.00-9.30 Uhr Schule/ AT	8.00-9.30 Uhr Schule/ AT	8.00-9.30 Uhr Schule/ AT		
9.30-10.00 Uhr Pause	9.30-10.00 Uhr Pause	9.30-10.00 Uhr Pause	9.30-10.00 Uhr Pause	9.30-10.00 Uhr Pause	Ab 9.00 Uhr Angeleitetes WG-Putzen	
10.00-11.30 Uhr Schule/AT	10.00-11.30 Uhr Schule/AT	10.00-11.30 Uhr Schule/AT	10.00-11.30 Uhr Schule/AT	10.00-11.30 Uhr Schule/AT	Ab 9.00 Uhr Angeleitetes WG-Putzen	
11.40-12.00 Uhr Mittagessen	11.40-12.00 Uhr Mittagessen	11.40-12.00 Uhr Mittagessen	11.40-12.00 Uhr Mittagessen	11.40-12.00 Uhr Mittagessen	11.40-12.00 Uhr Mittagessen	10.30-12.15 Uhr Brunch
12.15-13.30 Uhr Studierzeit/AT	12.15-13.30 Uhr Studierzeit/AT	12.15-13.30 Uhr Studierzeit/AT	12.15-13.30 Uhr Studierzeit/AT	12.15-13.30 Uhr Studierzeit/AT	13.00-18.00 Uhr Besuche/ Betr. Freizeitangebot	
14.00-15.30 Uhr Reha- Gruppe	14.00-15.30 Uhr Kleingruppen 1 und 2	14.00-15.30 Uhr WG Putzen Jungs/Mädchen	14.00-15.00 Uhr Starter- und Orientierungsgruppe	14.00-15.30 Uhr Reha- Gruppe	Erlebnis Pädagogik	12:00 Uhr Besuche und Betreute Freizeiten
14.00-15.30 Uhr Reha- Gruppe 16.00-17.30 Uhr Jungs Gruppe 16.00-17.30 Uhr Sport Mädchen	14.00-15.30 Uhr Kleingruppen 1 und 2 16.00-17.30 Uhr Großgruppe <b>14-tägig</b>	14.00-15.30 Uhr WG Putzen Jungs/Mädchen 16.00-17.30 Uhr Sport Jungs 16.00-17.30 Uhr Sport Mädchen	16.00-17.30 Uhr Angeleitete Freizeitgruppen	14.00-15.30 Uhr Reha- Gruppe 16.00-17.30 Uhr Mädchengruppe 16.00-17.30 Uhr Sport Jungs	Erlebnis Pädagogik 18.00-18.30 Uhr Abendessen auf WG - Gruppen	Evtl. 16.00 Uhr Sonntagstee
18.00-18.30 Uhr Abendessen	18.00-18.30 Uhr Abendessen	18.00-18.30 Uhr Abendessen	18.00-18.30 Uhr Abendessen	18.00-18.30 Uhr Abendessen		
		19.00-20.00 Gruppe 2.Phasen	19.00-20.00 Uhr Gruppe KV			18.00-18.30 Uhr Abendessen auf WG - Gruppen
Ab 23.00 Uhr Nachtruhe	Bücherei Ab 23.00 Uhr Nachtruhe	Ab 23.00 Uhr Nachtruhe	Ab 23.00 Uhr Nachtruhe	Ab 23.00 Uhr Nachtruhe	Ab 23.00 Uhr Nachtruhe	
						Ab 23.00 Uhr Nachtruhe

## 14.2 Hausordnung

Die Hausordnung wird jedem Patienten ausgehändigt

## 14.3 Literaturliste

- AACP (2005): Official Action. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorder. J.Am.Acad.Child.Adolesc.Psychiatry, S. 44
- Beck AT. (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Beltz, psychologische Verlagsunion. Weinheim
- Cophen Y. (2004): Das misshandelte Kind. Ein psychoanalytisches Konzept zur integrierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen. In Schritten zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Bd. 6 Brandes und Aspel
- DGKJPP (Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) (2000): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter (Kapitel 1) in Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Deutscher Ärzteverlag. Köln
- Herpertz-Dahlmann B., Resch F., Schulte, Markwort M., Warnke A.: (2008) Entwicklungspsychiatrische Grundlagen von Diagnostik, Klassifikation, Therapie und Ethik. Schattauer, 2. Auflage. Stuttgart
- Heigel-Evers A.u.Helas J. (1991): Basale Störungen bei Abhängigkeit durch Sucht und ihre Therapie in Suchttherapie psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch. Göttingen
- Heigel-Evers A. Ort J. (2001): Psychoanalyse Gruppentherapie von Tschuschke (Hrsg) Praxis der Gruppentherapie. Thieme. Stuttgart
- Ihle W. (2003): Substanzmissbrauch und –abhängigkeit, In: Esser G. (Hrsg) Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Thieme, 2. Auflage. Stuttgart
- ICF (2004): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Gesundheit. DIMDI/ WHO. Genf
- Jordan S., Sack P.-M. (2008): Schutz- und Risikofaktoren, In: Thomasius/ Schulte-Markwort/Küstner/Riedesser (Hrsg) Suchstörungen im Kindes- und Jugendalter. Schattauer

- Kryskal und Raskin (1983): Drogensucht – Aspekte der Ich – Funktion. Vanderhold & Rupprecht. Göttingen
- Kernberg O. (1983): Borderlinestörungen und pathologischer Narzissmus Frankfurt a.M.
- Körkel J., Wernado M., Wohlfahrt R. (Hrsg) (1995): Stationärer Rückfall, Ende der Therapie. Geesthacht. Neuland
- Peters U. (1990): Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Urban und Schwarzenberg
- Rommelspacher H. (2009): Neurobiologische Modelle: in Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter Hrg. Thomasius, Schulte-Markwart et.al. Schattauer
- Rose R., Dick D.M., Viken R.J., Pulkinen L. Kapio J. (2001): drinking and abstaining at age 14, A genetic epidemiological study. Alkohol. Department of Psychology, Indiana University
- Rist F. (2009): Psychologische Modelle in Suchtstörungen im Kindes und Jugendalter Hrg. Thomasius. Schulte-Markwart et.al. Schattauer
- Rhode–Dachser Chr. (1983): Das Borderline Syndrom. Huber. Bern
- Schneider M., Koch M. (2003): Chronic pubertal but not adult chronic cannabinoid treatment impairs sensorimotor gating recognition memory and the performance in a progressive ratio task in adult rats. Neuropsychopharmakologie. S. 28
- Thomasius R. (2009): Entwicklungspsychopathologische Modelle in Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter Hrg. Thomasius R. Schulte-Markwart Schattauer
- Möller Chr. (2005): Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen, In: Drogenmissbrauch im Jugendalter. Vandenhoeck/ Ruprecht
- Täschner K.-L., Bloching B., Bühringer G., Wiesbeck G. (2010): Therapie der Drogenabhängigkeit. Kohlhammer
- Thomse E. (2004): Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte der Sucht, In: Backmund M., Suchttherapie. 5. Ergänzung
- Tapert S.F. (2007): Substanzgebrauch und Gehirnfunktion bei Jugendlichen, In: Mann K., Havemann-Reinecke U., Gaßmann H. (Hrsg.) Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Lambertus

Sonnenmoser M. (2003): Psychoanalyse bei Suchtpatienten rechtzeitig entgegen  
steuern. Deutsche Ärzteblatt, Archiv Psychoanalyse bei Suchtpatienten, 2.  
Ausgabe Dezember

