



# KONZEPTION

Erstellt im Dezember 2016 und  
vorgelegt von PhDr. Univ. Prag Milena Hadek



KOMPASS KOMPAKT THERAPIE  
*Stationäre Therapieeinrichtung  
für suchtmittelabhängige Erwachsene*

---

## Vorwort

---

Seit 25 Jahren bietet die Einrichtung Kompass Kompakt eine fachliche Behandlung für Rehabilitanden auf dem Gebiet der Suchterkrankung. “Tempora mutantur, nos et mutamur in illis“ diesem Motto entsprechend wird die Konzeption der Einrichtung stetig weiterentwickelt. Aus unserer Sicht steigt der Bedarf eines spezifischen und auf das jeweilige Individuum abgestimmten Therapiekonzeptes, um eine erfolgreiche Behandlung zu ermöglichen und damit eine Verminderung der Rückfallquoten zu erreichen. Wir legen weiterhin einen hohen Wert auf eine Behandlung in einem drogenfreien Setting. Durch die konsequente Haltung des Fachpersonals, eine klare Tagesstruktur und einen freundlichen, offenen und zugleich nicht schonenden Umgang wird den Rehabilitanden geholfen, ihre eigene innere Ordnung zu finden.



Augsburg, 13. Januar 2017

PhDr. Univ. Prag Milena Hadek  
*Leiterin der Einrichtung*

VERMERK: DIE PERSONENBEZEICHNUNGEN IN DIESER KONZEPTION BEZIEHEN SICH, WENN NICHT AUSDRÜCKLICH DIFFERENZIERT, GLEICHERMASSEN AUF FRAUEN WIE AUF MÄNNER. AUS GRÜNDEN DER EINFACHEREN LESBARKEIT WURDE JEDOCH TEILWEISE DARAUf VERZICHTET, IN JEDEM FALL BEIDE GESCHLECHTER ZU BENENNEN.

---

# Inhaltsverzeichnis

---

1	Einleitung	1
2	Allgemeines	2
3	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	4
4	Rehabilitationskonzept	8
4.1	Theoretische Grundlagen	8
4.2	Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	11
4.3	Rehabilitationsziele	13
4.4	Rehabilitationsdauer	16
4.5	individuelle Rehabilitationsplanung	17
4.6	Rehabilitationsprogramm	19
4.7	Rehabilitationselemente	21
4.7.1	Aufnahmeverfahren	21
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	21
4.7.3	Medizinische Therapie	23
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	23
4.7.5	Realitätstraining	29
4.7.6	Arbeitsbezogene Interventionen	29
4.7.7	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	34
4.7.8	Freizeitangebote	35
4.7.9	Sozialdienst	36
4.7.10	Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	38
4.7.11	Angehörigenarbeit	38
4.7.12	Rückfallmanagement	39
4.7.13	Gesundheits- und Krankenpflege	42
4.7.14	Weitere Leistungen	42
4.7.15	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	43
5	Personelle Ausstattung	45
6	Räumliche Gegebenheiten	47

---

7	Kooperation und Vernetzung	49
8	Maßnahmen der Qualitätssicherung	50
9	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	51
10	Notfallmanagement	53
11	Fortbildung	54
12	Supervision	55
13	Hausordnung/Therapievertrag	56
	Literaturverzeichnis	57
	Anhang	63
	Wochenplan	63

---

## Einleitung

---

Die Einrichtung Kompass Kompakt ist eine stationäre Behandlungsstätte zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Außerdem werden hier eine Stabilisierungstherapie und Elemente der Modultherapie durchgeführt. Unser Konzept ist tiefenpsychologisch orientiert, ergänzt um Elemente aus der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie. Einbezogen werden auch Ansätze anderer Therapieschulen, insbesondere der humanistischen Therapien. Die Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001, sowie die Vorgaben aus dem SGB VI (§§ 9 und 15) sind in unserem Konzept ebenso verankert.

Des Weiteren orientiert sich unser Konzept am bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsfolgemodell der WHO. Dieses Modell beschreibt, dass die Krankheitsursache, der Krankheitsverlauf und die Folgen einer Erkrankung durch biologische, psychologische und soziale Faktoren bedingt sind. Diese spielen in unterschiedlicher Ausprägung bei der Entwicklung der Erkrankung eine Rolle. Als Grundlage für Entscheidungen über individuelle Rehabilitationsmaßnahmen dient die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die ICF ist wie die ICD-10 ein Teil der Internationalen Klassifikationen der WHO. Beide ergänzen sich und liefern zusammen ein umfassendes Bild von der Gesundheit des Menschen und schaffen dadurch für unsere Arbeit eine gute Behandlungsgrundlage.

Kompass Kompakt wird regelmäßig durch externe Qualitätssicherungsprogramme überprüft und ist nach den Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zertifiziert.

Als medizinische Rehabilitationseinrichtung ist Kompass Kompakt-Therapie von der DRV 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 von den Deutschen Rentenversicherungen, Krankenkassen (§111 SGB V) und Sozialhilfeträgern belegt. Einzugsgebiet ist vorrangig der Freistaat Bayern.

---

## Allgemeines

---

Unser Konzept dient als Grundlage für die vollstationäre medizinische Rehabilitation, Kurzzeittherapie und Stabilisierung zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen für junge Erwachsene und Erwachsene.

Es handelt sich hier um die überarbeitete Fassung, orientiert am gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vom 23.09.2011. Als Grundlage dient unsere Konzeption vom September 2012, wobei neben der Orientierung am gemeinsamen Leitfaden auch die Veränderungen der Praxis und die neuen Anforderungen bei der Neukonzeptualisierung berücksichtigt wurden. An der Überarbeitung des Konzepts war das gesamte Team unter der Leitung von Frau Dr. Hadek beteiligt.

- Anschrift: Kompass Kompakt-Therapie  
Bürgermeister-Rieger-Str. 4  
86179 Augsburg  
Tel. 0821/808650  
Fax. 0821/8086530  
E- Mail: [kompass@kompass-augsburg.de](mailto:kompass@kompass-augsburg.de)  
Homepage: [www.kompass-augsburg.de](http://www.kompass-augsburg.de)
- Institutskennzeichen: 500972164
- Trägerschaft: Kompass Kompakt-Therapie Drogenhilfe ist  
eingemeinnützige GmbH und eine Tochter der  
gemeinnützigen Augsburger Gesellschaft für Lehmbau,  
Bildung und Arbeit e.V..
- Geschäftsführung: Fritz Schwarzbäcker  
Piccardstr.15a  
86159 Augsburg  
Tel. 0821/3452521
- Zentralverwaltung: Piccardstr.15a  
86159 Augsburg  
Tel. 0821/3452522  
Fax. 0821/3452570
- Leistungsträger: Federführend: DRV Schwaben  
Deutsche Rentenversicherungen  
Deutsche Rentenversicherungen  
Krankenkassen  
Überörtliche Sozialhilfeträger  
Selbstzahler
- Erstellungsdatum : 13. Januar 2017
- Verantwortlich: Frau Dr. Hadek, Leiterin der Einrichtung

---

## Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

---

Seit 29.10.1991 existiert unsere Einrichtung als Kurzzeit-Angebot für ausstiegswillige Drogenabhängige illegaler Drogen. Das Modellprojekt "Kompass" entstand als Teil des Drogenhilfeverbundes des Trägers Drogenhilfe Schwaben e.V., Karolinenstr. 16, 8900 Augsburg in Verbindung mit einer niedrigschwelligen, qualifizierten Entgiftung (BKH Kaufbeuren). Die neugeschaffene Einrichtung war ein Beitrag zur Verbesserung der regionalen Versorgungssituation für ausstiegswillige Drogenabhängige. Die Einrichtung wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit, entsprechend den Modellkriterien (Booster) gefördert und durch die Forschungsgruppe Gesundheit und Soziales (FOGS) wissenschaftlich begleitet.

Ab September 1991 begann die Vorlaufzeit für die damals dreimonatige stationäre Therapie in Augsburg. Zum 01.10.1991 erfolgte die Belegungszusicherung durch die Kostenträger LVA und Krankenkassen. Die erste Behandlungsstätte befand sich in der Mindelheimerstr. 12, 8900 Augsburg. Es wurden Behandlungsplätze für 16 Personen angeboten. Im Jahr 1994 erfolgte die Umwandlung von "Kompass" in eine gemeinnützige GmbH im Verbund der Drogenhilfe Schwaben. Am 01.10.1994 erfolgte der Umzug in die neuen Räumlichkeiten nach Augsburg – Haunstetten. Die Behandlungskapazität wurde von 16 auf 24 Personen erweitert. Seit 01.08.2002 erfolgte eine konzeptionelle Veränderung, bei der die therapeutische Maßnahme auf vier Monate verlängert wurde.

Am 21.01.2009 stimmte der federführende Leistungsträger der Indikationserweiterung um die zusätzlich zur Abhängigkeit von illegalen Drogen vorliegende Alkoholabhängigkeit zu.

Seit dem 01.01.2012 ist Kompass Kompakt eine Partnereinrichtung im Modellprojekt "Modultherapie" (federführend: Kompass Direkt), welches sich an drogenabhängige Rehabilitanden aus dem Großraum Augsburg richtet und aus stationären und ambulanten Therapie- und Beratungseinheiten besteht.

Unser stationäres Behandlungsangebot richtet sich an ausstiegswillige, von illegalen drogen- und alkoholabhängigen Frauen und Männer ab 18 Jahren (mit und ohne Therapieerfahrung). Zur Verfügung stehen 24 Therapieplätze. Aus unserer Beobachtung konnten wir feststellen, dass bei fast allen unseren Rehabilitanden mit der Abhängigkeitserkrankung von illegalen Suchtstoffen, die Alkoholproblematik zum Erscheinen kam. Auffallend ist die steigende Zahl von Risikotrinkern und Alkoholabhängigen zusätzlich zu



der Diagnose Abhängigkeit von illegalen Drogen. Anamnestisch sind folgende Trends zu beobachten: Rauschtrinken nimmt zu, das Alter in dem die Rehabilitanden anfangen zu trinken ist niedriger. Nicht nur THC, sondern auch Alkohol gilt als Einstiegsdroge. Bei manchen Rehabilitanden bestand vor der Entstehung der Abhängigkeit illegaler Drogen bereits eine Alkoholabhängigkeit. Rückfälle mit illegalen Drogen folgen oft entweder unter Alkoholeinfluss oder nachdem die Rehabilitanden bereits regelmäßig Alkohol konsumiert haben und “auf der Suche“ nach stärkerer Wirkung wieder zu illegalen Drogen gegriffen haben. Bei fast jedem Rehabilitanden ist Problemtrinken in der Anamnese vorhanden. Im Therapieprozess sind meist starke Tendenzen zur Bagatellisierung des Alkoholkonsums sichtbar, fehlende Einsichtigkeit in Bezug auf Alkoholabstinenz und Unterschätzung der Gefahr der Suchtverlagerung durch Alkohol. Durch die Behandlung von Alkoholkranken in unserer Einrichtung entstehen mehrere Vorteile. Für alle Rehabilitanden wird die Problematik der Suchterkrankung sichtbar ohne die Teilung auf legal/illegal, d.h. es wird eine Vertiefung des Verständnisses der Suchterkrankung erreicht. Es konnten auch abwertende Tendenzen abgeschafft werden, wie z.B.: “Drogenabhängige illegaler Drogen sind bessere Abhängige als Alkoholiker“. Es wird dadurch eine positive Veränderung von Bagatellisierungstendenzen in Bezug auf Alkoholkonsum und wirkungsvollere Rückfallprophylaxe erreicht. Unser Therapieverständnis stellt wie bei der Behandlung der Suchterkrankung von illegalen Drogen die Steigerung der individuellen Handlungs- und Bewältigungskompetenzen in den Mittelpunkt. Die Grundlagen der Behandlung sind auch für die Rehabilitanden mit zusätzlicher Alkoholproblematik im psychoedukativen, psychotherapeutischen Sinne gleich abstinenzorientiert.

Zusätzlich zu unserer Kurzzeitbehandlung bietet unsere Einrichtung eine Stabilisierungstherapie an. Diese richtet sich an Rehabilitanden, die nach abgeschlossener/abgebrochener Therapie und/oder Cleanphasen rückfällig geworden sind oder die eine ambulante Therapie zur Bearbeitung der Rückfälligkeit als nicht ausreichend ansehen. Regelbehandlungsdauer ist bei der Kurzzeittherapie 4 Monate, bei der Stabilisierungstherapie 8-13 Wochen.

Zunehmend häufig behandeln wir Rehabilitanden mit zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen wie Affektiven Störungen, ADHS im Erwachsenenalter oder schweren Persönlichkeitsstörungen. Dies erfordert regelhaft eine psychiatrische fachärztliche Mitbehandlung und bedarf in der Regel einer Verlängerung der Maßnahme. Dementsprechend wird in indizierten Fällen gemeinsam mit dem Rehabilitanden und in Absprache mit dem Leistungsträger über die individuelle Therapiedauer entschieden.

Die Einrichtung Kompass Kompakt befindet sich am südlichen Stadtrand von Augsburg auf einem ca. 3000 qm großen Grundstück. Die Stadtrandlage mit guter verkehrstechnischer Anbindung gewährleistet die Klärung rehabilitandenspezifischer Belange durch Nutzung der städtischen Infrastruktur.

Für die Unterbringung der Rehabilitanden stehen 2 Häuser in nahezu identischer Bauausführung zur Verfügung. Durch die im Jahr 2012 zu Ende gestellte Baumaßnahme und Renovierungsarbeiten konnten wir unser Angebot qualitativ deutlich verbessern. Somit stehen zur Verfügung: Rehabilitandenzimmer mit vorrangig Doppelbelegung, ein separater Frauenbereich, ein Aufnahmezimmer mit Laborbereich, mehrere Therapieräume, Räume zur Freizeitgestaltung wie Billardraum, Bibliothek, Kickerraum, Fernsehraum,

Computerraum, Wintergarten, Sauna, Kraftsportraum. Entsprechend den Prinzipien einer Therapeutischen Gemeinschaft organisieren Rehabilitanden ihren Tagesablauf selbstverantwortlich und nutzen dabei die weiteren vorhandenen Räumlichkeiten von Küche, Wäscherei und Werkstatt sowie des gärtnerisch gestalteten Grundstücks. Für die Abwicklung verwaltungstechnischer Aufgaben steht ein gesondertes Verwaltungsgebäude zur Verfügung.

Seit 1999 ist die Gemeinnützige Kompass Kompakt Therapie Drogenhilfe GmbH vollständig in die Augsburger Gesellschaft für Lehmbau, Bildung und Arbeit e. V. integriert. Es besteht eine enge Kooperation zwischen Kompass Kompakt und den weiteren Einrichtungen der Kompass Drogenhilfe:

*Kompass Direkt* - Adaptionseinrichtung in Augsburg, Federführende Einrichtung der Modultherapie

*Kompass City* - Langzeittherapie, Ambulantes Zentrum (AZA) in Augsburg

*Kompass Nachsorge* - Betreutes Wohnen in Augsburg

*Kompass Hof/Perspektive* - Langzeittherapie in Mindelheim und Orientierungsstation

*Kompass Impuls* - medizinische Rehabilitation und Heim für Jugendliche in Ottobeuren

*Kompass Soziotherapie Lohhof* - Soziotherapeutische Einrichtung in Mindelheim

Die medizinische Versorgung ist neben der intensiven Betreuung durch den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie durch eine gute kollegiale Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern (Zentralklinikum Augsburg und Klinikum Augsburg Süd) im regionalen Umkreis, welche auch Erfahrung mit den Rehabilitanden haben, gewährleistet.

Die aufgrund von Arbeitsprojekten entstandene Kooperation mit dem TSV Haunstetten und der Stadt Augsburg, ermöglicht den Rehabilitanden der Einrichtung die kostenfreie Nutzung von Hallenbad, Sporthalle und Sportplätzen, welche sich alle in der unmittelbaren Nähe befinden.

Eine weitere Kooperation besteht mit einem nahegelegenen Fitness-Studio, welches unseren Rehabilitanden eine vergünstigte Nutzung des Angebotes ermöglicht.

Kompass Kompakt arbeitet mit regionalen und überregionalen Beratungsstellen (Drogenhilfe Schwaben, Mudra Nürnberg, Einrichtungen der Caritas und Diakonie, Beratungsstellen in den JVA's und betriebliche Beratungsstellen), und Entgiftungen (BKH Augsburg, Kaufbeuren, Haar, Taufkirchen etc.), sowie mit regionalen und überregionalen Nachsorgeeinrichtungen und Nachbehandlungsstellen zusammen.

Kompass Kompakt ist Mitglied des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V. und ist im Paritätischen Wohlfahrtsverband vertreten. Kompass Kompakt ist seit 2009 nach DIN ISO 9001:2001 sowie seit 2012 nach QMS-Reha – einem von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation anerkanntem Verfahren – zertifiziert.

Eine Anerkennung zur Durchführung einer Therapie im Rahmen von § 35 / 36 BtMG besteht.

---

Kompass Kompakt-Therapie GmbH ist als Kooperationseinrichtung laut Kooperationsvertrag von der Regierung von Oberbayern bei der BAP nach der PsychTh- APrV §2 Abs.2 (Nr.2) für 600 Std. Psychotherapie anerkannt.

---

## Rehabilitationskonzept

---

### 4.1 Theoretische Grundlagen

Ausgehend von einem ganzheitlichen Menschenbild bildet das bio-psycho-soziale Krankheits- bzw. Gesundheitsmodell die Grundlage für Entscheidungen über individuelle Rehabilitationsmaßnahmen. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist wie die ICD-10 ein Teil der Internationalen Klassifikationen der WHO und stellt die Grundlage unseres Rehabilitationskonzepts dar. Beide ergänzen sich und liefern zusammen ein umfassendes Bild von der Gesundheit des Menschen und schaffen dadurch für unsere Arbeit eine gute Behandlungsgrundlage. Mit diesem für den Bereich der medizinischen Rehabilitation verpflichtenden Modell wird aus unserer Sicht dem vielschichtigen Phänomen "Sucht", sowie dem umfassenden Aufgabenspektrum der Rehabilitation in besonderer Weise entsprochen. Dies spiegelt sich auch durch die theoretisch-wissenschaftliche Fundierung unseres Rehabilitationsansatzes wider, welcher tiefenpsychologisch orientiert ist. Es basiert auf dem supportiv-expressiven Behandlungsmodell (Luborsky) und der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie (Heigl-Evers u. Heigl). Ergänzt und vervollständigt wird diese psychodynamische Grundhaltung durch Elemente aus der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie, sowie durch Ansätze anderer Therapieschulen, insbesondere der humanistischen Therapien. Die Entstehung von Suchtkrankheiten wird aus einem Zusammenwirken mehrerer Faktoren erklärt. An dieser Stelle sind eine biologische Disposition zu benennen, individuelle Biographie und Entwicklungsbedingungen, situative und soziale Umweltfaktoren. Ebenfalls der Einfluss von Interaktionsprozessen zwischen dem Süchtigen und seiner sozialen Umwelt gehen in die Modelle von Krankheitsentstehung und Krankheitsformung ein. Drogenabhängigkeit ist ein Krankheitsbild, das die Anteile süchtigen Verhaltens und Erlebens oft mit Persönlichkeitsstörungen verbindet. Hinter diesem Symptomkomplex verbergen sich häufig Frühkindliche Störungen, wie Borderline- und Narzisstische Persönlichkeitsstörung, sowie Dissoziale Persönlichkeitsstörung. Es gibt aber auch neurotische Grundstörungen, Übergänge und Mischformen sind die Regel. Eine besonders schwierige Zeit ist die Pubertät, in der es um die Ablösung von der Herkunftsfamilie geht, hin zur Entwicklung einer eigenen Identität. Treten in dieser Phase große Probleme und Spannungen auf, suchen die

Heranwachsenden oft Orientierung in Peer Groups. Geraten sie dabei in "süchtige Kreise", können hier dysfunktionale Mechanismen in Gang gesetzt werden, die in Abhängigkeit und Kriminalität enden. Identität eines Menschen ist vor allem in Beziehung zu Gruppen zu denken: alles, was der Mensch ist, in allen Bereichen seiner Existenz wird er durch die Gruppe, d.h. durch erfahrene Begegnungen mit anderen Menschen im Verlaufe seiner Entwicklung. Der Mensch kann in Gruppen gesund, aber auch krank werden, kann seine Identität konstruktiv entfalten, aber auch behindert oder destruktiv verformt werden. Leben unter den Bedingungen von Illegalität und Beschaffungsdruck, zusammen mit substanzspezifischer Wirkung von Drogen, differierend unter anderem in Abhängigkeit von Gebrauchsformen, Dosisintensität, zeitlichen Konsumintervallen und individueller Wirkpotenz, formten dabei eine spezielle "Drogenidentität". Diese aufzugeben fällt unter anderem auch deshalb so schwer, da Suchtdruck und Rückfallgedanken die Aufrechterhaltung von Verhaltensweisen nahelegen, die zwar konträr zu tragfähigen sozialen Beziehungsstrukturen und abstinenter Lebensform sind, hierbei jedoch ihr eigenes Beharrungsvermögen besitzen. All dies führt bei vielen Drogenabhängigen zu veränderten und/oder gestörten psychischen und sozialen Entwicklungsprozessen im Verlauf ihrer "Drogenkarriere" und erfordert Beachtung bei der Behandlung. Kontrollverlust, Rationalisierung und Bagatellisierung des Krankheitsbildes, die Vermeidung eigener Anstrengung bei starker Tendenz zur Projektion, Entwertung, sowie die Aufgabe bzw. starke Verminderung der Fähigkeit zur Selbstverantwortung sind Kennzeichen einer süchtigen Struktur. Das menschliche Leben stellt von Geburt bis zum Tod einen Prozess dar, in dem sich die menschliche Identität ständig, differenziert und erweiternd entwickelt. Die Identitätsentwicklung wird durch die Gruppe und in der Gruppe von Mitmenschen ermöglicht. Dieser Gedankengang findet sich als Grundlage in der Arbeit in Rahmen der Therapeutischen Gemeinschaft wieder. Das allgemeine Ziel der Behandlung ist die Sicherung, bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Diese ist dauerhaft nur zu realisieren, wenn es unserer Klientel gelingt, eine persönliche und in der Gemeinschaft zufriedenstellende Lebensführung bei dauerhafter Abstinenz vom süchtigen Handeln zu entwickeln. Um dies zu erreichen ist es notwendig, süchtige Verhaltens- und Beziehungsmuster aufzulösen und eine eigene (Geschlechts-) Identität mit mehr Autonomie und sozialer Bezogenheit zu entwickeln. Voraussetzung hierfür ist die Stabilisierung bzw. Nachentwicklung defizitärer Ich-Funktionen (Beziehungsfähigkeit, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Impulskontrolle, Angst- und Frustrationstoleranz sowie der Fähigkeit zur Differenzierung etc.). Auf dieser Basis ist eine Neuorientierung der Persönlichkeit mit neuen Wert- und Sinnbezügen durch emotionales und soziales Wachstum und Reifen möglich. Unsere zentrale Aufmerksamkeit widmen wir den der Suchtproblematik zugrundeliegenden, individuellen Konfliktkonstellationen. Drogenkonsum als "Selbstheilungsversuch" bei besonderen biographischen Anforderungen, als Mittel zur Milderung der als unerträglich empfundenen Spannungsbögen und als regressive Ersatzbefriedigung stellt dann unter Umständen eine Möglichkeit für das Individuum dar mit diesen Problemen "umzugehen". Legalität und Illegalität, Akzeptanz und Stigma, Toleranz und Repression sind als Stichworte Ausdruck gesellschaftlichen Ringens im Umgang mit Erscheinungsformen des Ge- und Missbrauchs von Drogen. Dies bedeutet für uns, dass wir im Therapieverlauf berücksichtigen, welche individuellen und gesellschaftli-

chen Voraussetzungen und Veränderungsmotivationen zu Therapiebeginn vorliegen und welche Wandlungsprozesse der jeweilige Rehabilitand im Therapieprozess entwickeln kann. Kompakttherapie bietet Chancen zur Klärung, Bearbeitung und Verarbeitung der individuellen Lebens- und Abhängigkeitsgeschichte. Sie berücksichtigt körperliche, psychische und soziale Aspekte der Suchterkrankung von Hilfesuchenden und richtet ihre therapeutische Arbeit entsprechend den rehabilitandenspezifischen Erfordernissen aus. Besonderes Augenmerk wird auf vorhandene Ressourcen, auf eine Förderung der Selbstwirksamkeit und auf eine Fokussierung im Sinne von Behandlungsschwerpunkten gelegt. Zwischen Abhängigkeitsentwicklung und Veränderungsmotivation, zwischen externen und internen Faktoren besteht ein komplexer, hoch dynamischer Zusammenhang, wobei sämtliche ausstiegsorientierten Behandlungsangebote die Dynamik der Sucht zu berücksichtigen haben.

Von Bedeutung sind dabei der aktuelle Stand der persönlichen Abhängigkeitsentwicklung und damit die Einsicht in die Notwendigkeit Hilfe aufzusuchen und anzunehmen. Entsprechend der Abhängigkeitsform und -entwicklung greifen verschiedene Ausstiegshilfen. Drogentherapie, welche im wesentlichen Beziehungsarbeit ist, hat in all ihren Hilfeformen die Dynamik von Sucht zu berücksichtigen, um eine Vernetzung und Durchlässigkeit der Hilfsangebote ohne Beliebigkeitscharakter sicherzustellen. Die Komplexität des Krankheitsbildes und Compliance der Klientel, der Grad der sozialen Integration, deren psychosoziale Einschränkungen und Ressourcen bestimmen Dauer, Intensität und Methodik der Behandlung. Aufgabe von Drogenarbeit ist die Unterstützung der Klientel bei (Wieder-)Aufbau, Stabilisierung und Entwicklung eines drogenfreien Lebens.

## 4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

### Indikationen

- Abhängigkeit von illegalen Drogen und legalen Substanzen (Alkohol und Nikotin) nach ICD-10 F10 – F19.
- Folgende komorbide psychische Störungen können mitbehandelt werden: Affektive Störungen ICD-10 F31-F34, Phobische und Angststörungen ICD-10 F40 und F41, Persönlichkeitsstörungen ICD-10 F60 und ADHS im Erwachsenenalter ICD-10 F90.

Neben dem zentralen Kriterium – Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung von illegalen und legalen Suchtstoffen – muss die grundsätzliche Rehabilitationsfähigkeit physisch wie psychisch am therapeutischen Setting teilnehmen zu können, vorliegen. Die Rehabilitanden müssen das 18. Lebensjahr beendet haben und ausstiegswillig sein. In Abgrenzung zur stationären Langzeittherapie ist Kompakt-Therapie indiziert bei:

- kürzerer Abhängigkeitsdauer
- langzeittherapeutischer Vorerfahrung
- stabiler bzw. nicht irreversibel gestörter sozialer Bezugswelt beider Rehabilitandengruppen
- Vorhandensein eines weitgehend drogenfreien Unterstützungssystems und vorhandenen bzw. kurzzeitig realisierbaren Wohn- und Arbeitsplatzmöglichkeiten
- stationärer Krisenintervention und vorheriger/nachgehender ambulanter Betreuung
- Rehabilitanden mit Therapieerfahrung und Stabilisierungsbedarf im Sinne von stationärer Rückfallbearbeitung und Auffang- und Festigungstherapie

### Kontraindikationen

Rehabilitanden mit hirnorganischem Psychosyndrom, akuter drogeninduzierter Psychose, Schizophrenie, schweren Affektiven Störungen, akuter Suizidalität, akuten Belastungsreaktionen, schweren Anpassungsstörungen, schweren Persönlichkeitsstörungen und schweren Essstörungen sowie ausschließlich nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten können nicht in unsere Einrichtung aufgenommen werden. Erkrankungen mit Schmerzsyndromen und anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die mit Opioidanalgetika behandelt werden sowie ADHS im Erwachsenenalter, die mit Amphetaminen behandelt werden, können erst nach der Umstellung auf eine adäquate medikamentöse Therapie, die die Rehabilitation mit dem Abstinenzziel ermöglichen, aufgenommen werden. Liegen körperliche Erkrankungsformen vor, die eine vollständige Teilnahme am Therapieprogramm ausschließen und/oder für sich eine stationäre medizinische Behandlung erfordern, können die davon betroffenen Rehabilitanden erst nach Beendigung der erforderlichen Behandlung

aufgenommen werden, bzw. eine Abklärung mit dem Einrichtungsarzt ist indiziert. Die Aufnahme bei zusätzlicher schwerwiegender Erkrankung (z.B. Diabetes mellitus oder Herzerkrankungen) kann im Einzelfall nach Abklärung mit dem Arzt der Einrichtung in Betracht gezogen werden.

## Aufnahmevoraussetzungen

Neben den oben genannten Kriterien der Indikationen und bei der Berücksichtigung der Kontraindikationen sind folgende Aufnahmevoraussetzungen maßgebend:

- Kostenzusage (schriftlich oder mündlich) für die Hauptkosten der Therapie
- abgeschlossene körperliche Entgiftung, bzw. tatsächliche Suchtmittelfreiheit von legalen und illegalen Drogen am Aufnahmetag
- Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit in der Therapie



## 4.3 Rehabilitationsziele

Die Therapie sollte den Rehabilitanden darin unterstützen ein langfristiges Zielsystem zu entwickeln. Entsprechend den Erkenntnissen der Motivationsforschung sollten dabei die individuellen Ziele genau, konkret, herausfordernd, aber realistisch sein.

Grundsätzlich werden die Therapieziele gemeinsam mit den Rehabilitanden festgelegt und daraus ein individueller Behandlungsplan erstellt. Im Prozess der Rehabilitationsmaßnahme wird der Behandlungsplan gemeinsam mit dem Rehabilitanden in geplanten Abständen überprüft, ggf. korrigiert oder ergänzt.

Der Rehabilitand kann sich durch eine präzise Therapiezielfestlegung besser am Therapieprozess orientieren. Darüber hinaus ist eine klare und konkrete Formulierung der Ziele für die Qualitätssicherung einer Rehabilitationsmaßnahme unerlässlich. Bei der Erstellung der Grundlagen der Therapieziele orientieren wir uns an dem Klassifikationsansatz des ICF- Modells (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO (Weltgesundheitsorganisation). Die ICF- Klassifikation beschäftigt sich auf 3 Ebenen (Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe) mit Beeinträchtigungen in Folge chronischer Krankheiten und Behinderungen. Das übergeordnete Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die gesetzlich verortete Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bzw. die Vorbeugung von Erwerbsunfähigkeit (§ 9 SGB VI). Im erweiterten Sinn beinhaltet dies die Ermöglichung zur Teilhabe am beruflichen Leben und der Gemeinschaft, sowie der Durchführung auch alltäglicher Aktivitäten.

Allgemein formuliert gelten vorrangig folgende Ziele<sup>1</sup>:

1. Erreichung und Erhaltung von Abstinenz
2. Behebung oder Ausgleich körperlicher oder psychischer Störungen
3. Möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft

Diese drei Hauptziele werden in unserem Konzept anhand des 4-Säulen-Prinzips verfolgt. Dabei sind die Ziele nicht streng den einzelnen Säulen entsprechend abgrenzbar. Es kommt in der Regel zu übergreifenden Wechselwirkungen. Die Therapieziele der einzelnen Rehabilitanden variieren individuell und werden daher im Folgenden nur beispielhaft dargestellt.

### 1. Säule: Medizin und Psychotherapie

Daraus ergeben sich folgende somatische Therapieziele wie z.B.:

- Vermittlung eines verbesserten Gesundheitsbewusstseins

<sup>1</sup> Quelle: Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.09.2011

- Förderung eines gesunden Verhältnisses zum eigenen Körper
- Verbesserung der körperlichen Fitness
- Steigerung der Beweglichkeit
- Reduktion des Nikotinkonsums, bzw. Abstinenz
- Gesunde Ernährung
- Gewichtsreduktion/-zunahme

und folgende psychotherapeutische/psychosoziale Therapieziele wie z.B.:

- Vertiefung von Krankheits- und Behandlungseinsicht und Stabilisierung von innerer Ausstiegsmotivation
- Entwicklung und Stärkung der Ich-Funktionen (Sinn- und Wertorientierung, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Stärkung der Fähigkeit zur Selbstreflexion, der Selbstwirksamkeit, Förderung von Selbstverantwortung und realistischer Selbstwahrnehmung, Erhöhung von Impulskontrolle und Frustrationstoleranz, Erweiterung und Ausbau selbständiger Handlungskompetenzen und Bewältigungsstrategien, Förderung von Kreativität)
- Stabilisierung und Erhaltung der Abstinenzfähigkeit (Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallsituationen)
- Auseinandersetzung mit intra- und interpsychischen Konflikten, sowie mit Abwehrmechanismen
- Klärung der Schuldsituation und Erlernen eines besseren Umgangs mit den eigenen finanziellen Mitteln
- Entwicklung einer selbstverantwortlichen umweltgerechten und auf Nachhaltigkeit angelegten Lebensweise

## 2. Säule: Arbeitstherapie

Daraus ergeben sich folgende berufs- und arbeitsbezogene Therapieziele wie z.B.:

- Überprüfung der vorhandenen Kenntnisse und Fertigkeiten
- Durchführung von Arbeitsbelastungserprobung und dadurch Vorbereitung auf künftige Belastungssituationen
- Steigerung der Teamfähigkeit, Durchhaltevermögen, Verantwortungsübernahme
- Kennenlernen unterschiedlicher Arbeitsbereiche, Entwicklung eigener beruflicher Fähigkeiten und Interessen

- Entwicklung einer realistischer Selbsteinschätzung bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit
- Förderung der intrinsischen Arbeitsmotivation
- Entwicklung der Grundarbeitsfähigkeit (Ausdauer, Belastungsfähigkeit, Flexibilität, Konzentration, Lernfähigkeit, Problemlösungsfähigkeit und Zuverlässigkeit)
- Klärung der beruflichen Situation

### 3. Säule: Sport- und Bewegungstherapie

Ziele sportlicher Förderung sind dabei z.B.:

- Aufbau von Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein. Damit verbunden steht Mut zum Handeln, Mut zum Risiko und Hoffnung auf Erfolg, zur Überwindung zahlreicher Ängste, die eine hohe Bedeutung haben und sehr stark mit einer positiven Antriebsstärke und Leistungsmotivation korrelieren.
- Stärkung und Erweiterung sozialen Lernens bezüglich Fairness, Kameradschaft, Teamgeist und kollektiver Spielfreude. In der Spielanlage stehen dabei Prozesse des Miteinander und nicht des Gegeneinander im Vordergrund.
- Die Erhöhung einer Ausdauer- und Belastbarkeitstoleranz, Anstrengungsbereitschaft und Durchhaltevermögen.
- Entwicklung einer umweltgerechten und gesundheitsorientierten Lebensweise.

### 4. Säule: Freizeitgestaltung

daraus ergeben sich folgende Therapieziele wie z.B.:

- Aufgreifen und Vertiefen der Thematik aktiver Freizeitgestaltung als Möglichkeit und Quelle von Zufriedenheit
- Erlernen aktiver Freizeitgestaltung
- Aufbau drogen- und kriminalitätsfreier Kontakte
- Auseinandersetzung mit und Erweiterung von eigenen Interessen
- Förderung von Kulturbewusstsein und Naturverbundenheit

## 4.4 Rehabilitationsdauer

Die Regelbehandlungsdauer beträgt für unsere Kurzzeittherapie 17 Wochen und für die Stabilisierungstherapie 8 -13 Wochen.

Es ist möglich, falls seitens der Rehabilitanden erwünscht, in indizierten Fällen gemeinsam mit dem Rehabilitanden und in Absprache mit dem Leistungsträger über die individuelle Therapiedauer zu entscheiden. Zur Überprüfung der Behandlungsdauer dienen prozessuale Psychodiagnostik, Bilanzgespräche mit dem Rehabilitanden und Fallsupervisionen im multiprofessionellen Team.

Über die Therapiedauer bei der Modultherapie wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden und den Therapielotsen entschieden.

## 4.5 individuelle Rehabilitationsplanung

Bereits mit den ersten Kontakten (Anfrage nach Therapieplatz, Informationssuche) beginnt eine individuelle Rehabilitationsplanung. Damit verbunden wird überprüft, ob der Bedarf durch vorhandene Leistungsangebote in unserer Einrichtung erfüllt werden kann. Falls sich der Rehabilitand für einen Therapieantritt in unserer Einrichtung entscheidet, kümmern sich die zuständigen Mitarbeiter um alle weiteren organisatorischen Schritte. Eine planvolle, am Rehabilitanden orientierte und darüber hinaus fristgerechte Abwicklung (z.B. Berücksichtigung der Gültigkeit der Kostenzusage, juristischer Auflagen) der Aufnahme, inklusive aller administrativen Angelegenheiten, ist uns wichtig. Im Rahmen der Aufnahme erfolgen eine fachärztliche Untersuchung zur Abklärung etwaiger Störungsbilder, sowie die Überprüfung der Einsatzfähigkeit des Rehabilitanden im Arbeits- und Sportbereich. Zudem werden anamnestische Daten (biographische, sucht- und arbeitsspezifische) erhoben. Näheres siehe [Rehabilitationselemente](#) auf Seite 21. Die im Aufnahmeverfahren gewonnenen Ergebnisse fließen in die erste Fallbesprechung des Patienten in der Team-Konferenz sowie in die weitere individuelle Therapieplanung ein und werden schriftlich dokumentiert (PATFAK, Verlaufsnotizen, Fallbesprechung, Ziele-Maßnahmen-Planung im Team).

### Rehabilitanden mit Migrationshintergrund

Eine Migration stellt eine besondere Belastung dar. Jeder, der umsiedelt wird mit massiven Veränderungen konfrontiert. Sämtliche Bereiche des Lebensalltags wie Sprache, Gewohnheiten, Sitten, Werte und die soziale Organisation sind neu und unterschiedlich zu denen des Herkunftslandes. Die Hoffnungen und Erwartungen, die mit der Zuwanderung verbunden waren, wurden oft nicht erfüllt. Die Reaktion eines Individuums auf eine Umsiedlung und der Erfolg einer Integration in die neue Gesellschaft hängen von mehreren Faktoren ab. Die jungen Migranten werden vor zwei schwierige Aufgaben gestellt, zu einem müssen sie die Phase des Erwachsenwerdens und gleichzeitig die Herausforderung der Integration in die neue Umgebung bewältigen. Wie hoch in diesem Zusammenhang das Traumatisierungspotential wird, hängt von mehreren Faktoren ab, wie z.B. Alter/Reife, Umstände der Umsiedlung (Krieg), Situation in der Familie, Reaktion von Bezugspersonen, protektive Faktoren. Bei einer ungünstigen Konstellation könnten als Reaktion folgen: Unterdrücken von Gefühlen (Rückzug in emotionaler Hinsicht, Gefühlsabstumpfung), Kampf – und Fluchtreaktionen, Rückgriff auf früher funktionierende Verhaltensmuster, Misstrauen, Impulskontrollstörung, Anpassungsstörung etc.. In unserer Einrichtung wird Migrationshintergrund bei Rehabilitanden bewusst wahrgenommen und berücksichtigt. Durch eine würdige Begleitung ihrer Lebensgeschichte und durch die korrigierenden Erfahrungen im Rahmen der Therapeutischen Gemeinschaft wird die interkulturelle Kompetenz der Rehabilitanden weiterentwickelt. Bei Kompass Kompakt arbeitet ein multikulturelles Team. Manche Teamer haben selbst eine erfolgreich bewältigte Migrationserfahrung hinter sich, was ein gutes Einfühlungsvermögen und Kenntnisse dieser Problematik mit sich bringt. Um sprachliche Fähigkeiten weiterzuentwickeln und um

---

eine bessere Integration zu ermöglichen, ist in der Einrichtung die Umgangssprache Deutsch. Bei Sprachschwierigkeiten bestünde die Möglichkeit unsere Rehabilitanden in italienischer, russischer, polnischer oder in tschechischer Sprache zu unterstützen.

## 4.6 Rehabilitationsprogramm

In unserer Einrichtung bildet in der Drogentherapie die Therapeutische Gemeinschaft das Behandlungsmittel der Wahl (siehe z.B. Jablonsky, 1990). Dabei stellt die Therapeutische Gemeinschaft sowohl die äußere Struktur dar, als auch ein spezifisches therapeutisches Instrument. Es ist davon auszugehen, dass die mikro-soziale Welt der Therapeutischen Gemeinschaft, die sich durch die Mitglieder der Gemeinschaft und das therapeutische Team bildet, eine zwangsläufige Affinität zu der makro-sozialen Welt aus der jeder Einzelne stammt hat. Jeder bringt sich mit dem ein, was ihn auszeichnet; sowohl in seinen funktionalen Qualitäten und Verhaltensweisen als auch in seinen dysfunktionalen und destruktiven Verhaltensmustern. So kann das Verhalten und das "Sein" in der Gemeinschaft im Hier und Jetzt als gelebter Spiegel der bisherigen Lebensgeschichte verstanden werden. Diese Informationen können dann sowohl direkt in den therapeutischen Prozess einfließen als auch als diagnostisches Instrument gesammelt und ausgewertet werden. Der therapeutische Prozess, der in der Gemeinschaft abläuft, kann in mehrere aufeinander folgende Schritte unterteilt werden. An erster Stelle steht die "Reproduktion", des in der Vergangenheit erlebten Verhaltens. Dies geschieht teils bewusst, teils unbewusst. Hier bedarf es der wohlwollenden, aber klaren Benennung durch die Gemeinschaft oder das therapeutische Team, um in dem nächsten Schritt der "Gewährwerdung" zu gelangen. In diesem Schritt bekommt der Rehabilitand das eigene Verhalten und Erleben bewusst zu greifen und es wird damit therapeutisch bearbeitbar. In der therapeutischen Bearbeitung geht es dann darum, das Verhalten auf dem Boden der eigenen Biografie einzuordnen und zu verstehen, es in seiner subjektiven Sinnhaftigkeit und in seiner Funktionalität / Dysfunktionalität zu erfassen. Oftmals werden auch in diesem Schritt neue sozial-emotionale Erfahrungen gesammelt. So kann z.B. Trauer erstmals gezeigt werden und es wird erlebt, dass nicht wie früher auf Trauer Beschimpfung folgt, sondern Unterstützung und Annahme. So können ursprüngliche Erfahrungen ersetzt und neue Beziehungsrealitäten erlebt werden. Neue Verhaltensmuster können in der Gemeinschaft erprobt und fortlaufend gefestigt werden. Auch bietet die Gemeinschaft eine unmittelbare Antwort auf neue Verhaltens- und Erlebensweisen. Gelingt es "Neues" in die mikro-soziale Welt der Therapeutischen Gemeinschaft einzuführen und dort zu festigen, so steht als letzter Schritt der Transfer in die soziale Außenwelt an, um letztlich dort "das Neue" zu etablieren.

Unser Rehabilitationsprogramm basiert auf vier Säulen. Dabei werden die Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) berücksichtigt. Diese vier Säulen (*Medizin/Psychotherapie, Arbeitstherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Freizeitgestaltung*) sind eng miteinander verbunden. Damit ist ein umfassender interdisziplinärer Rehabilitationsansatz möglich.

Nach der Aufnahme des Rehabilitanden erfolgt die Integration in die Orientierungsgruppe. Außerdem beginnen Prozesse der Integration in die Therapeutische Gemeinschaft, Vermittlung wichtiger Informationen, die der Vertiefung von Krankheits- und Behandlungseinsicht dienen, der Prozess der Auseinandersetzung mit sich selbst und der eigenen Problematik. In der Orientierungsgruppe erhält der Rehabilitand alle notwendigen An-

gaben zum Therapiekonzept, den Therapieregeln und eine Aufklärung über Wesen und Dynamik der Abhängigkeitserkrankung. Diese Zeit dient auch der diagnostischen Abklärung und Motivationsprüfung, bzw. Motivationsstärkung. Für eine erfolgreiche Auseinandersetzung des Rehabilitanden mit seinen Problemen und Schwierigkeiten ist ein geordneter Rahmen notwendig. Der strukturierte Tagesablauf trägt zur basalen Orientierung und Übernahme der Eigenverantwortung des Rehabilitanden bei (siehe [Wochenplan](#) auf Seite 63).

Im Rahmen der Fallbesprechung wird im multiprofessionellen Team über den Zeitpunkt des Übertritts in die Bezugskleingruppe entschieden. Gemeinsam mit dem Rehabilitanden entwickelt und formuliert der Bezugstherapeut die Ziele für die Maßnahme. Basierend auf dieser Zielsetzung wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Dieser wird durch "Erstgespräch", "Bilanzgespräch" und "Abschlussgespräch" justiert. Entsprechend dem Wochenplan werden im Rahmen der sogenannten "Vier Säulen" Gruppen und individuelle Angebote der Einrichtung durchgeführt. Die einzelnen Rehabilitationselemente sind näher unter 4.7. erläutert.

Einen wichtigen Bestandteil der Maßnahme stellt das Realitätstraining dar.

## Ausgänge

Ab der 5. Woche ist es für Rehabilitanden möglich, ein Realitätstraining durch Ausgänge zu starten. Um eine Ausgangsberechtigung zu bekommen sind allerdings bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen, wie ein gewisses Maß an Zuverlässigkeit, Stabilität, Vertragsfähigkeit und eine klare Planung des Ausganges. Die Vorbereitung des ersten Ausganges findet vorerst in der Kleingruppe statt. Die Ausgangsberechtigung erhält ein Rehabilitand nachdem die Vorbesprechung und Nachbesprechung des Erstausganges in der Gemeinschaft stattfand. Bei der Besprechung wird vor allem auf die bewusste Wahrnehmung von Risikosituationen, Abgrenzung von den Szenekontakten und auf die Entwicklung neuer Lösungsstrategien geachtet

## Heimfahrten

Ab der 10. Woche kann das Realitätstraining durch Heimfahrten vertieft werden. Bei der Vorbesprechung, Planung und Nachbesprechung einer Heimfahrt werden die Rückmeldungen der anderen Rehabilitanden einbezogen. Einer Heimfahrt wird seitens des Teams zugestimmt unter Berücksichtigung der Qualität der Planung, der Therapiefortschritte und der aktuellen Situation des Rehabilitanden. Wir betrachten es als erforderlich, dass vor einer Heimfahrt ein Beziehungsgespräch mit den Familienangehörigen bzw. Bezugspersonen stattfindet.

## Sonderausgänge und Sonderheimfahrten

In begründeten Fällen und in Absprache mit dem Team sind nach genauer Planung Sonderausgänge bzw. -heimfahrten (Gerichtstermine, Ämtergänge, Sterbefall in der Familie usw.) möglich.



## 4.7 Rehabilitationselemente

### 4.7.1 Aufnahmeverfahren

Im Rahmen der Aufnahme erfolgt in der Regel am ersten Tag, spätestens innerhalb von 3 Tagen nach Aufnahme eine medizinisch psychiatrische Untersuchung zur Abklärung etwaiger Störungsbilder, sowie der Einsatzfähigkeit des Rehabilitanden im Arbeits- und Sportbereich. Des Weiteren erfolgt am Aufnahmetag eine Erhebung verwaltungsrelevanter Daten. Innerhalb der ersten 3 Tage werden durch einen Dipl. Psychologen, bzw. Dipl. Pädagogen anamnestische Daten (biographische, sucht- und arbeitsspezifische) erhoben. Damit die Drogen- und Alkoholfreiheit am Aufnahmetag sichergestellt wird, werden als Standard bei der Aufnahme eine Alkoholatemluftkontrolle und ein Drogenscreening durchgeführt. Zur Sicherung der Drogenfreiheit im Hause erfolgen auch eine Überprüfung des Gepäcks und eine Körpervisitation bei dem Rehabilitanden.

Abgesehen von den Vorgaben des Kostenträgers ist stets darauf zu achten, dass die Rehabilitanden am Aufnahmetag nicht überfordert werden. Viele Rehabilitanden kommen in die Einrichtung trotz labortechnischer Drogenfreiheit noch mit Restentzugssymptomatik, manche, die direkt aus der JVA kommen verspüren oft "Freiheitsdrang". Vor allem Rehabilitanden ohne Therapieerfahrung verspüren teilweise Unsicherheit, Ambivalenz und damit verbundene Flucht Tendenzen. Es wird stets darauf geachtet eine freundliche, willkommene und respektvolle Atmosphäre zu schaffen.

Ab dem ersten Therapietag wird jeder Rehabilitand begleitet durch einen Bezugstherapeuten und einen "Paten" (therapieerfahrener Rehabilitand). Das neue Mitglied der Therapeutischen Gemeinschaft wird in einer Vorstellungsrunde begrüßt.

### 4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die ausführlichen anamnestischen Erhebungen werden ergänzt durch diagnostische Testungen. Als Grundlage für die diagnostische Einordnung gelten das ICD -10 und das DSM-IV. Im Rahmen der psychodiagnostischen Untersuchungen führen wir eine Eingangs- und eine Verlaufserhebung durch. Die prozessuale Diagnostik ermöglicht uns Veränderungen der Befindlichkeit und der psychischen Stabilität auf der Basis objektiver Daten zu erfassen. In unserer Einrichtung werden dabei folgende Fragebogenverfahren durchgeführt:

- Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R): Die SCL-90-R erfasst die subjektivempfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome des Rehabilitanden innerhalb der vergangenen sieben Tage. Dabei werden globale Kennwerte über die durchschnittliche Belastung, über die Anzahl der berichteten Beschwerden und über die Intensität der berichteten Beschwerden erfasst. In der Analyse der Einzelskalen erhalten wir Informationen über die Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus.
- Beck-Depressions-Inventar (BDI): Das BDI ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur

Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik innerhalb der vergangenen sieben Tage.

- Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI): Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen quantifiziert. Dabei erfolgt die Einstufung auf den Skalen: selbstbestimmt, eigenwillig, zurückhaltend, selbstkritisch, sorgfältig, ahnungsvoll, optimistisch, ehrgeizig, kritisch, loyal, spontan, liebenswürdig, still und hilfsbereit.
- Fagerström-Test (FTND): Der FTND bietet die Möglichkeit, wichtige Dimensionen der Tabakabhängigkeit bei einem Raucher mit 6 Fragen zum Rauchverhalten zu erfassen. Der FTND korreliert mit wichtigen biochemischen Werten (CO-Gehalt der Ausatemluft, Cotininspiegel) und stellt einen aussagekräftigen Prädiktor zur Vorhersage der kurz- und langfristigen Abstinenz nach einem Rauchstopp dar: Je höher der Wert im FTND, desto geringer die Abstinenzquoten.
- Heisa, die "Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht" sind eine deutschsprachige Checkliste zur Erfassung der Zuversicht von Abhängigen illegaler Drogen, abstinenzgefährdende Situationen ohne ihre bisherigen Suchtmittel (Heroin, Kokain etc.) bewältigen zu können.

Falls es der Einzelfall erfordert, werden diese routinemäßig durchgeführten Tests durch folgende Verfahren ergänzt:

- SKID II, Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV
- Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom
- Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation
- Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene
- ZVT (Zahlenverbindungstest)
- MALT - Münchner - Alkoholismus - Test
- MMPI - Minnesota - Multiphasic - Personality - Inventory
- SPM - Standard Progressive Matrices
- MVT - Mehrfachwahl - Wortschatz - Intelligenztest
- D2 - Aufmerksamkeits - Belastungs - Test

Als zusätzliche Informationsquellen werden zur diagnostischen Einschätzung bereits vorliegende medizinische Befunde, Berichte aus Vorbehandlungen, der Sozialbericht der überweisenden Institution und eventuell auch Informationen der Angehörigen (Fremdanamnese) herangezogen.

### 4.7.3 Medizinische Therapie

Auf der Grundlage des multifaktoriellen bio-psycho-sozialen Krankheits- und Krankheitsfolgeverständnisses der Abhängigkeitserkrankungen erfolgt die Rehabilitation grundsätzlich in einem multiprofessionellen Team unter ärztlicher Leitung und Verantwortung in enger Absprache und Kooperation mit der therapeutischen Leitung. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist zunächst für den Schwerpunkt der Aufnahmediagnostik zuständig. Diese besteht aus psychiatrischen, neurologischen und internistischen Untersuchungen, die in der Regel noch am Aufnahmetag erfolgen. Er stellt die Aufnahmediagnosen und veranlasst die weitergehende Diagnostik in den Bereichen Sucht, Suchtfolgekrankheiten und suchunabhängige Krankheiten und Beeinträchtigungen. Bei Bedarf erfolgen auch externe fachärztliche Untersuchungen. Ihre Ergebnisse stellen die Voraussetzung für die weitere ärztliche Behandlung bzw. die Medikation dar. Dabei wird das Ausmaß der Belastbarkeit bei der Arbeits- und Sporttherapie festgestellt. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit einer psychiatrischen bzw. psychopharmakologischen Therapie in Erwägung gezogen. In Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Team ist der Facharzt bei der Formulierung der Therapieziele, der Planung von Therapieverlauf und -dauer und der Indikationsstellung zu weiteren Therapiemaßnahmen beteiligt. Im weiteren Schritt bestimmt er entscheidend mit an Knotenpunkten im Therapieverlauf wie geplante Verlängerungen, Anträge auf Adaption, ambulante Therapie und Nachsorge. Die abschließende Therapiebeurteilung und Erstellung der sozialmedizinischen Epikrise sowie des Entlassberichts bilden seine weiteren Aufgabenschwerpunkte. Darüber hinaus ist der Facharzt für die somatische Betreuung der Rehabilitanden bei Suchtfolgekrankheiten und interkurrenten Erkrankungen verantwortlich. Mit zunehmender Häufigkeit behandeln wir Rehabilitanden mit komorbiden psychiatrischen Diagnosen wie Affektiven Störungen, ADHS im Erwachsenenalter oder Persönlichkeitsstörungen. Dies erfordert regelhaft eine psychiatrische fachärztliche Mitbehandlung. Werktags findet täglich eine ärztliche Sprechstunde statt. Bei akuten Erkrankungen werden die Rehabilitanden auch außerhalb der Sprechzeiten untersucht. Nach den regulären Arbeitszeiten ist der Arzt im Rahmen des telefonischen Bereitschaftsdienstes durchgehend erreichbar. Medikamenteneinnahme wird von geschulten Kräften überwacht, verabreicht sowie dokumentiert.

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

Psychotherapie erfolgt in Form von Gruppen- und Einzeltherapie. Als Themenbereiche für die Arbeit in den Kleingruppen und den begleitenden fokussierenden Einzelgesprächen dienen vor allem die täglichen Erfahrungen und Erlebnisse der Rehabilitanden in der Therapeutischen Gemeinschaft. In unserem psychotherapeutischen Ansatz gilt eine vertrauensvolle und tragfähige Therapeut-Rehabilitand-Beziehung als Grundlage für den Therapieerfolg. Laura Perls, eine der Gründerinnen der Gestalttherapie, schreibt: „Auf einen Therapeuten muss man sich verlassen können“, und meinte damit professionelle Verlässlichkeit durch persönliche Stärke und durch Behutsamkeit. Nur so kann der Therapeut dem Rehabilitanden ein angemessenes Gegenüber sein, an und mit dem er sich

auseinandersetzen und letztlich zu sich selber finden kann. Treffender und knapper als dies Martin Buber in seiner Formulierung "Am Du zum Ich" beschreibt, kann man es wohl nicht formulieren. Der wichtigste Faktor in der Wirksamkeit des therapeutischen Prozesses ist eine gut funktionierende Therapeut-Rehabilitand-Beziehung. Es ermöglicht dem Rehabilitanden eine emotional korrigierende Erfahrung zu erleben und verbessert langfristig seine Bindungsfähigkeit. Das heißt, dass sich die therapeutische Arbeit anfangs vorwiegend an der Gestaltung der äußeren Realität sowie an der Ausformung der Beziehung zwischen Therapeuten und Rehabilitanden zu orientieren hat. Es sind hohe Anforderungen an den Therapeuten gestellt. Er muss auf der "menschlichen Ebene" nicht nur über unterstützende Eigenschaften und Verhaltensweisen verfügen wie z.B. Echtheit, Empathie, Warmherzigkeit und ein hohes Maß an Akzeptanz, sondern er muss auch, in Abhängigkeit der vorhandenen Ich-Strukturen beim Rehabilitanden, begrenzen, leiten und strukturieren können. Auf der "professionellen Ebene" benötigt er umfassende Kenntnisse in richtliniengebenden Therapiestrategien, konkreten Einzeltechniken und auch in den zugrundeliegenden Theorien, auf denen die einzelnen Therapieprozesse beruhen oder auf die sie sich zumindest stützen.

### Orientierungsgruppe

Zu Behandlungsbeginn steht zunächst die Vertiefung der Krankheitseinsicht sowie der Abhängigkeitsakzeptanz im Vordergrund. Hierzu erhält der Rehabilitand Aufklärung über Wesen und Dynamik der Abhängigkeitserkrankung und damit verbundener Bereiche mit dem Ziel, ihm durch die Auseinandersetzung mit seiner Sucht eine realistische Einschätzung seines Selbst zu ermöglichen. Der Rehabilitand bekommt alle notwendigen Angaben zu unserem Therapiekonzept und Therapieregeln. Aus diesen Gründen nimmt jeder neue Rehabilitand vorerst an der Orientierungsgruppe teil. Die Zeit in der Orientierungsphase dient auch der diagnostischen Abklärung und Motivationsprüfung, bzw. Motivationsstärkung.

### Kleingruppe und Einzelgespräch

Nachdem der Rehabilitand die Orientierungsphase absolviert hat, wird er einer der drei Kleingruppen zugeteilt. Je nach Belegungszahlen findet er dort 6-8 Mitrehabilitanden in unterschiedlichen Therapiephasen vor. Innerhalb der Bezugsgruppe kann der Rehabilitand somit Zugehörigkeit in einer auf Vertraulichkeit und gegenseitigem Respekt basierenden Gruppe finden, die außer den psychotherapeutischen Angeboten ebenfalls gemeinsam am Sportprogramm bzw. der Arbeitstherapie teilnimmt. Hauptsächlicher Ansprechpartner ist dabei der jeweilige Bezugstherapeut, der die regelmäßig stattfindenden Kleingruppen leitet, sowie durch Einzelgespräche, Vor- und Nachbesprechungen der Beziehungsgespräche mit Familienangehörigen und durch die Tagebuchlektüre die kontinuierliche Bearbeitung der therapeutischen Themen gewährleistet. Methodisch kommen dabei, neben allgemeinen Aspekten der Gruppentherapie vor dem Hintergrund eines lebenspraktisch und eigenverantwortlich orientierten Ansatzes, unter anderem integrative Elemente der Gestalttherapie zur Anwendung (verbale und nonverbale Kommunikation,

Rollenspiele, Wahrnehmungsübungen, Konflikttraining, Rückmeldungen). Damit bietet der regelmäßige und überschaubare Rahmen der Kleingruppe für jeden Rehabilitanden die Möglichkeit einer ernsthaften Auseinandersetzung mit seiner Abhängigkeitserkrankung. Im Verlauf dieses Prozesses stößt er erfahrungsgemäß genauso auf spezifische, aktuell problematische Verhaltensweisen wie auch auf bereits länger vorliegende Entwicklungsdefizite. Mit therapeutischer Hilfe und unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten fungiert die Kleingruppe hier als unterstützendes Umfeld, so dass ausgehend von vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen die Abstinenzmotivation vertieft, die Beziehungsfähigkeit verbessert und eine realistische eigenverantwortliche Grundeinstellung entwickelt werden kann. Durch die aktive Mitarbeit in der Kleingruppe kann jeder Rehabilitand, ohne dass er den zeitlich eingegrenzten Rahmen der Behandlungsdauer aus den Augen verliert, die eigene Lebensgeschichte, soweit sie in Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit steht, aufarbeiten. Gemeinsamer Erfahrungsaustausch und situative Teilhabe am Wachstumsprozess der Mitrehabilitanden erhöhen hierbei die Ausdrucksfähigkeit und den Grad der lösungsorientierten Lernmöglichkeiten. Als Grundgerüst für die individuelle Einzelbetreuung gelten: Erstgespräch (Zielsetzung, Behandlungsplan, Behandlungsvertrag), Bilanzgespräch (vertiefte Selbstreflexion des Therapieprozesses und Zielabgleich/Aufnahme neuer Ziele) und Abschlussgespräch (Überprüfung von Ergebnissen der Therapie und Planung von weiterführenden Maßnahmen). Der therapeutische Gruppenprozess wird indikativ und nach Rehabilitandenwunsch durch zusätzliche Einzelgespräche ergänzt und begleitet. Zur engmaschigen individuellen Betreuung gehört, dass jeder Rehabilitand vom ersten Therapietag an ein Tagebuch führt. Damit hat er eine gute Möglichkeit rückblickend auf das Tagesgeschehen und die aktuelle therapeutische Entwicklung, aber auch auf Erinnerungen und Bezüge zu früheren Lebenssituationen einzugehen. Der so entstehende Dialog mit sich selbst bietet zudem die Möglichkeit Unausgesprochenes, Gedanken, Phantasien und Ängste in einem persönlich selbstbestimmten Rahmen zu artikulieren. Somit wird die reflektierte Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten verstärkt, außerdem verhilft die schriftliche Form dem Schreiber dazu, das eigene Innenleben zu ordnen und zu strukturieren. Da die Tagebücher täglich von dem Bezugstherapeuten gelesen werden, bietet sich eine gute zusätzliche Möglichkeit der Kommunikation zwischen Rehabilitanden und Therapeuten. Hier können offene Fragen erneut aufgegriffen, Themen vertieft und durch Kommentare Hilfestellungen geleistet werden. Das Medium Tagebuch wird bei Kompass Kompakt meist intensiv genutzt und es zeigt sich immer wieder, dass dadurch ein Zugang zu Themen, die im Rahmen der Gruppentherapie schwer zu erschließen sind, gefunden werden kann. Es ist selbstverständlich, dass die Vertraulichkeit der Eintragungen gewährleistet ist. Jedem Rehabilitanden wird am Anfang der Therapie der Umgang mit dem Tagebuch erklärt. Als Stütze bekommt jeder Rehabilitand eine schriftliche Anleitung zum Tagebuchschreiben.

### Großgruppe

Sozialisationsdefizite und eine Verlagerung der Alltagskommunikation hin zu drogenspezifischen Kommunikationsformen haben bei Drogenabhängigen häufig eine Abnahme an adäquaten Ausdrucksmustern, an Gemeinsinn und Solidarität zur Folge. Die Hilfestellung

bei der (Wieder-)Erlangung von sozialverträglichen Interaktionsmustern, insbesondere der Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, bildet daher einen Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit bei Kompass Kompakt. Alle Rehabilitanden nehmen u.a. täglich an Morgenplenen und am Abendblitzlicht teil. In der Woche finden regelmäßig aus obengenannten Gründen ein Arbeitsplenum und eine Großgruppe statt. Bei allen diesen Angeboten nehmen die Rehabilitanden zur eigenen Entwicklung im Therapieverlauf Stellung. Durch gegenseitige Rückmeldungen erhalten sie die Möglichkeit zu einem Vergleich zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung. Dadurch können Schwierigkeiten bei der Selbsteinschätzung korrigiert und ein Gewinn an Authentizität erreicht werden. Während der Großgruppen werden aktuelle Probleme der Therapeutischen Gemeinschaft besprochen. Sie fördern somit die Transparenz von Informationen bezüglich des Geschehens im Hause. Dadurch wird die Großgruppe zu einem Werkzeug der Therapeutischen Gemeinschaft. Dabei werden gruppenspezifische Prozesse für die Rehabilitanden sichtbar und können in den Kleingruppen weiterbearbeitet werden. Durch die Funktion der Großgruppe als zeitlicher und räumlicher Ort gegenseitiger Spiegelung und Kritik erhalten die Rehabilitanden die Gelegenheit zur Verbesserung der Selbst- und Fremdaakzeptanz sowie zur Überprüfung und zur Korrektur ihrer sozialen Rollen und Handlungsmuster.

### Psychoedukative Gruppen

Das vielseitige Gruppenangebot bei Kompass Kompakt wird schließlich durch das psychoedukative Angebot abgerundet. Die themenspezifischen Gruppen finden in der Regel einmal wöchentlich statt. Hier werden allgemeinere Fragen zur Drogenproblematik und zum Selbstverständnis suchtmittelgefährdeter Menschen aufgegriffen. Ausgehend von Stichworten (Drogenkonsum, Alkoholkonsum, Abhängigkeit, Abstinenz, Hilfe zur Selbsthilfe, Nachsorge, Rückfalldynamik, Rückfallprophylaxe, Infektionskrankheiten, Erwerbsmöglichkeiten, Umgangsformen, Freizeitverhalten etc.) werden hier wichtige Begriffe, soweit sie im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch und Alkoholkonsum stehen, zu Beginn der Gruppe kurz erläutert und anschließend gemeinsam besprochen, sodass die Möglichkeit zur Informationsvermittlung, Diskussion und Meinungsbildung besteht. Das Hauptaugenmerk liegt in der Verbesserung der Argumentations- und Artikulationsfähigkeit der Rehabilitanden, sowie der sachbezogenen Wissens- und Erkenntniserweiterung. Damit bieten die themenspezifischen Gruppen vielerlei Anregungen, die ihrerseits Ausgangspunkte für weitere, gründliche Beschäftigung mit dem jeweiligen Thema sein können. Entsprechend kann der Rehabilitand einer realistischen Einschätzung der eigenen Gefährdung, aber auch der eigenen Chancen näher kommen und mehr Bewusstheit über seine Lebenssituation erlangen.

Um das Angebot zu ergänzen werden in regelmäßigen Abständen Experten von außen (z.B. TÜV, ZAS, Nachsorgeeinrichtungen...) eingeladen.



## Indikative Gruppen

Außer den oben genannten Gruppen finden auch regelmäßige Indikative Gruppen statt. Wir bieten für eine Gruppengröße von 8 Personen ein Rückfallpräventionstraining (Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit), angelehnt an das strukturierte Trainingsprogramm von Hartmut Klos und Wilfried Görden (2009), an. Diese Gruppe findet einmal wöchentlich statt und umfasst 6 Einheiten, so dass alle von uns aufgenommenen Rehabilitanden an diesem Training teilnehmen können. Das Programm soll präventiv zur Vermeidung eines eigenen Rückfalls wirken. Zusätzlich werden die Teilnehmer für die eigene Rückfallgefährdung sensibilisiert und können ihr Wissen über zentrale Aspekte des Rückfallgeschehens erweitern. Die Rehabilitanden erarbeiten ihre persönlichen Rückfallrisiken und bauen Kompetenzen zu deren Bewältigung auf. Ein weiteres Ziel ist, bei den Teilnehmern die Zuversicht zur Bewältigung von Rückfallgefahren zu stärken. Darüber hinaus wird darauf eingegangen, wie die Rehabilitanden richtig reagieren können, sollte der Fall eines einmaligen Konsums nach längerer Abstinenzphase eintreten. In der Indikativen Gruppe, die sich mit einer Erweiterung der sozialen Kompetenzen beschäftigt, dient uns als Grundlage das "Gruppentraining sozialer Kompetenzen" (Hinsch, Pfingsten) und wir orientieren uns an den theoretischen Grundlagen von Schulz von Thun. Psychosoziale Gesundheit setzt voraus, dass Menschen in der Lage sind ihre Rechte durchzusetzen, soziale Beziehungen anzuknüpfen und aktiv zu gestalten sowie eigene Gefühle und Bedürfnisse zu äußern. Häufig finden wir bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen enorme Defizite im Bereich der Beziehungsgestaltung, des Sozialverhaltens sowie im Umgang mit eigenen Gefühlen. Entsprechend ist die Förderung sozialer Kompetenzen innerhalb der therapeutischen Arbeit mit unseren Rehabilitanden von zentraler Bedeutung. Als soziale Kompetenz bezeichnen Hinsch und Pfingsten die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen. Durch das soziale Kompetenztraining werden also mit den Rehabilitanden Bewältigungsfertigkeiten auf kognitiver, emotionaler und motorischer Ebene eingeübt. Diese Gruppe findet einmal wöchentlich statt und umfasst 6 Einheiten, so dass alle von uns aufgenommenen Rehabilitanden an diesem Training teilnehmen können. Die Publikation von Lindinger, P. (2000), Die Raucherstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe. Erschienen in Heidelberg – Deutsches Krebsforschungszentrum, dient als Grundlage für die Indikative Gruppe Raucherentwöhnung (8 Einheiten).

In der therapeutischen Arbeit hat es sich als sinnvoll erwiesen, die "allgemeinen" psychotherapeutischen Gruppen durch gendergerechte Angebote zu ergänzen. Dies geschieht durch indikative Frauen- und Männergruppen, die einmal pro Woche für eineinhalb Stunden stattfinden.

Suchterkrankungen sind nach wie vor vorwiegend ein Männerphänomen, ohne dass dieses auch als solches wahrgenommen wird. In unserer Einrichtung wird insbesondere nach dem Handbuch "Männlichkeiten und Sucht" der LWL-Koordinationsstelle Sucht von 2010 gearbeitet. Mit den 11 Modulen des Handbuchs werden Kernbereiche der männlichen Identität berührt (Gesundheit, Partnerschaft, Sexualität, Vaterschaft, Männerfreundschaft

u. a.). Der suchtkranke Mann kann sich in der Gruppe anderer Männer, unterstützt von einem männlichen Therapeuten, mit Hilfe des Handbuchs neu orientieren – hin auf ein von Selbsthilfe, Eigensorge und sozialer Bezogenheit geprägtes Männerleben, das suchtmittelfrei geführt werden kann.

Frauengruppen werden vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Sozialisation und Entwicklungs- und Lebensbedingungen durchgeführt. Bei den Frauen erleben wir häufig Missbrauchs-, Prostitutions- und Gewalterfahrungen. Die Auseinandersetzung mit diesen Erlebnissen im Rahmen einer Frauengruppe ermöglicht ein Senken der Schamgrenzen, die oft gegenüber dem anderen Geschlecht vorhanden sind. Eine Reflektion der eigenen Identität in der Auseinandersetzung mit sich (Frauenbild, Rolle als Mutter) und der gesellschaftlichen Position gehört zu den wichtigen Themen in dieser Indikationsgruppe.

### Sondergruppe

Das Großgruppenangebot wird ergänzt durch Sondergroßgruppen, die relativ kurzfristig einberufen werden können. Erforderlich werden solche Gruppen meist bei Unklarheiten in der Haussituation, bei Konflikten, deren Lösung das Beisein der Gemeinschaft bedarf, Abbruchvorhaben o.ä.. Der Verlauf einer solchen Gruppe richtet sich stark nach der Brisanz des Anlasses und konzentriert sich in erster Linie darauf, gemeinsame Entscheidungen auszuarbeiten, die zur Lösung des aktuellen Problems beitragen. Um die Identifikation der Rehabilitanden mit der Einrichtung zu fördern, eine Integration in die Therapeutische Gemeinschaft zu stützen und eine gute therapeutische Atmosphäre in der Einrichtung zu schaffen, halten wir die Arbeit mit "Ritualen" für sehr hilfreich. Aufnahme-rituale: Nachdem der Rehabilitand offiziell aufgenommen wurde wird er einem Paten anvertraut. Ein Pate begleitet den Rehabilitanden während den ersten 14 Tagen und steht für alle seine Fragen zur Verfügung. Ein neuer Rehabilitand wird spätestens abends am Tag der Aufnahme im Rahmen einer Versammlung der Therapeutischen Gemeinschaft vorgestellt und begrüßt. Von seinem Paten erhält er eine "Therapiepflanze", die seine Entwicklung in der Therapie und seine Fortschritte symbolisch spiegeln soll. Die Verwaltung macht ein Foto-Portrait des Rehabilitanden. Das Foto, versehen mit dem Vornamen des Rehabilitanden, wird in die Reihe der schon anwesenden Rehabilitanden integriert, so dass deutlich wird, wie lange jeder von den Rehabilitanden in der Einrichtung anwesend ist. Die Rituale bei der regulären Entlassung sollen die Würdigung und Anerkennung ausdrücken und damit den erfolgreichen Abschluss der Therapie unterstreichen. Am Tag der Entlassung findet in der Regel eine Abschiedsgruppe statt. Anwesend ist die ganze Therapeutische Gemeinschaft, inkl. Team. Der Rehabilitand hat die Möglichkeit noch letzte Rückmeldungen zu geben und auch Rückmeldungen von allen Anwesenden zu bekommen. Der Rehabilitand hat auch seine "Therapiepflanze" dabei, die zu einer gestalttherapeutischen Übung genutzt wird. Der zuständige Bezugstherapeut überreicht dem Rehabilitanden feierlich als Symbol einen kleinen Kompass, mit Telefonnummer der Einrichtung und einem Hinweis, dass der Rehabilitand jederzeit Kontakt aufnehmen und ggf. Unterstützung erhalten kann. Für jeden Rehabilitanden sucht der Bezugstherapeut ein passendes Lied zum Abschied aus, welches im Bezug zu der individuellen Rehabilitandenproblematik steht.



### 4.7.5 Realitätstraining

Einen wichtigen Bestandteil der Maßnahme stellt das Realitätstraining dar.

#### Ausgänge

Ab der 5. Woche ist es für Rehabilitanden möglich, ein Realitätstraining durch Ausgänge zu starten. Um eine Ausgangsberechtigung zu bekommen sind allerdings bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen, wie ein gewisses Maß an Zuverlässigkeit, Stabilität, Vertragsfähigkeit und eine klare Planung des Ausganges. Die Vorbereitung des ersten Ausganges findet vorerst in der Kleingruppe statt. Die Ausgangsberechtigung erhält ein Rehabilitand nachdem die Vorbesprechung und Nachbesprechung des Erstausganges in der Gemeinschaft stattfand. Bei der Besprechung wird vor allem auf die bewusste Wahrnehmung von Risikosituationen, Abgrenzung von den Szenekontakten und auf die Entwicklung neuer Lösungsstrategien geachtet.

#### Heimfahrten

Ab der 10. Woche kann das Realitätstraining durch Heimfahrten vertieft werden. Bei der Vorbesprechung, Planung und Nachbesprechung einer Heimfahrt werden die Rückmeldungen der anderen Rehabilitanden einbezogen. Einer Heimfahrt wird seitens des Teams zugestimmt unter Berücksichtigung der Qualität der Planung, der Therapiefortschritte und der aktuellen Situation des Rehabilitanden. Wir betrachten es als erforderlich, dass vor einer Heimfahrt ein Beziehungsgespräch mit den Familienangehörigen bzw. Bezugspersonen stattfindet.

#### Sonderausgänge und Sonderheimfahrten

In begründeten Fällen und in Absprache mit dem Team sind nach genauer Planung Sonderausgänge bzw. -heimfahrten (Gerichtstermine, Ämtergänge, Sterbefall in der Familie usw.) möglich.

### 4.7.6 Arbeitsbezogene Interventionen

Zitat aus dem Beschluss des Drogen- und Suchtrates "Teilhabe am Arbeitsleben" vom 26.09.2016. „Arbeit und Beschäftigung sind zentrale Lebens- und Teilhabebereiche in unserer Gesellschaft. Somit spielt der Erhalt des Arbeitsplatzes bei berufstätigen, wie auch die berufliche Wiedereingliederung bei arbeitslosen, suchtkranken Menschen eine bedeutsame Rolle. Auf Basis der jeweiligen individuellen Voraussetzungen, Fähigkeiten, Ressourcen und Defizite von Menschen mit Suchterkrankungen sind deshalb individuell die entsprechenden Förderangebote zur beruflichen (Re-)Integration und Arbeitsmarktinstrumente zur Verfügung zu stellen und sektorenübergreifende Abstimmungs- und Planungsschritte an den Schnittstellen zwischen Beratung, Behandlung, Arbeitssuche und Arbeitsförderung zu realisieren. So ist es beispielsweise erforderlich, neben der Bearbeitung der Suchtproblematik in der medizinischen Rehabilitation auch frühzeitig die

berufliche Orientierung und Schritte für eine Rückkehr in Beschäftigung bzw. berufliche Integration einzuleiten.“

Also entspricht das Ziel der arbeitsbezogenen Interventionen dem übergeordneten Ziel der “Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Vorbeugung vor Erwerbsunfähigkeit“ (§9 SGB VI).

Durch die in der Einrichtung angebotenen Maßnahmen werden z.B. Unterstützung zur Wiedergewinnung einer Tagesstruktur, Förderung der Grundfertigkeiten und Eigenverantwortung, Aktivierung und Gesundheitsförderung und Bewältigung psychosozialer Probleme als wichtige Bausteine einer Integrationsstrategie gewährleistet. Wir bieten in unserem Hause nach dem Prinzip der “Hilfe zur Selbsthilfe“ und im Sinne eines “daily living training“ Betätigungen in den Bereichen Hauswirtschaft, Werkstatt, Garten, Projekte und Beschäftigungs- bzw. Kreativtherapie. Bereits im Rahmen der Kurzzeittherapie werden die Orientierung und Schritte für eine Rückkehr in die Beschäftigung bzw. berufliche Integration eingeleitet.

## Hauswirtschaft, Werkstatt, Garten, Projekte und Beschäftigungs- bzw. Kreativtherapie

Im Rahmen der stationären Kompass Einrichtungen wurde im März 2015 eine Konzeption zur beruflichen Wiedereingliederung in der medizinischen Rehabilitation entwickelt und den Bedingungen der Kurzzeittherapie in unserer Einrichtung angepasst.

Die Angebote dieses Konzeptes finden teilweise in den jeweiligen Einrichtungen statt und teilweise extern in den Schulungsräumen bei Kompass-City oder des BBZ. Es wird eine sich ergänzende Form der Einzelberatung und der Gruppenarbeit gewählt. Jeder neue Rehabilitand in einer der teilnehmenden Einrichtungen hat grundsätzlich die Möglichkeit, nach individueller Beratung verschiedene Angebote wahrzunehmen mit dem Ziel, der Beruflichen Wiedereingliederung.

### Prozedere:

Für die Feststellung, ob besondere berufliche Problemlagen vorhanden sind und inwiefern ein individueller Hilfeplan für die berufliche Wiedereingliederung erstellt werden muss, sind neben der Selbsteinschätzung der Rehabilitanden, der obigen Zielgruppenkategorisierung vor allem die individuelle berufliche Biographie von entscheidender Bedeutung. Dabei gibt es unterschiedliche zu berücksichtigende Ausprägungen, wie z. B.:

- Langjährige berufliche Tätigkeit in einem erlernten Beruf mit suchtbedingt nur kurzfristigen Unterbrechungen
- Langjährige berufliche Tätigkeit in einem nicht erlernten Beruf (Hilfsarbeiter) mit suchtbedingt nur kurzfristigen Unterbrechungen
- Nur zeitweise berufliche Tätigkeit in einem erlernten/nicht erlernten Beruf, mit suchtbedingt langen Zeiten der Erwerbslosigkeit bzw. häufigen Arbeitsplatzwechseln

- Berufliche Tätigkeit in einem Beruf, der aus der subjektiven Sicht des Rehabilitanden mit erheblichen Rückfallgefahren verbunden ist
- Berufliche Tätigkeit in einem Beruf, der aus objektiver Sicht mit erheblichen Rückfallgefahren verbunden ist und für den Suchtkrankheit im Allgemeinen kontraindiziert ist (z. B. Apothekenhelfer)

Die Zielsetzungen für Maßnahmen der beruflichen Integration dabei sind:

- Erkennen von beruflichen Ressourcen
- Erkennen von BBPL – besondere berufliche Problemlage
- Klare Vorstellung des Klienten über jeweils individuelle Möglichkeiten/Abklärung eigener Vorstellungen mit “Testergebnisse“
- Planung weiterer Schritte

Somit wird die berufliche Anamnese (Bildungsstand, chronologischer Ablauf der Berufstätigkeit und Erhebung der Arbeitslosenzeiten, sowie Zeiten der Erwerbslosigkeit) erstellt und gemeinsam mit dem Klienten der individuelle Unterstützungs- und Handlungsbedarf ermittelt.

Im Rahmen der Einrichtung wird auf der Basis der Erstanamnese, der psychomedizinischen Befunde (G3004) in einer Fallbesprechung und in Absprache mit dem Rehabilitanden festgelegt, ob und ggf. in welcher Form ein weiterer Unterstützungsbedarf besteht.

Um die Lage des Rehabilitanden besser diagnostisch erfassen zu können, wird das Würzburger Screening angewendet. Zur interventionsbezogenen Arbeitsdiagnostik wird als Instrument das Verfahren AVEM eingesetzt, um die persönlichkeitspezifische Muster des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens identifizieren zu können. Ergänzend wird ein an MELBA angelehntes Verfahren zur Arbeitsdiagnostik angewendet. Dadurch ist es uns möglich, den Rehabilitanden bei seinem individuellen Leistungsstand abzuholen, ihn für die Dauer der Therapie diagnostisch zu begleiten und seine Fortschritte zu dokumentieren.

Für Rehabilitanden mit entsprechender Zielformulierung wird Profiling angeboten. Dabei ist davon auszugehen, dass bei Rehabilitanden ohne Arbeitsplatz in jedem Fall ein Profiling zur Einleitung geeigneter weiterer Interventionen eingeleitet wird. Bei Rehabilitanden mit festem Arbeitsplatz ist zu bedenken, dass eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz häufig nicht oder nicht uneingeschränkt möglich ist (was sich zudem häufig erst im weiteren Verlauf der Therapie heraus stellt). Ergänzend zu psychotherapeutischen Angeboten dient das Profiling hier als Voraussetzung, um die weitere (eventuell nur temporäre) Programmteilnahme festlegen zu können. Profiling findet in Form einer Sprechstunde in der Kompass Kompakt Einrichtung und wird durchgeführt von einem BBZ Mitarbeiter. Im Rahmen des Profilings wird der weitere Schulungs- und Handlungsbedarf gemeinsam mit dem Rehabilitanden festgelegt. Dabei wird insbesondere festgelegt,

ob die Ausprägung der beruflichen Problemlage eine umfassende Integrationsmaßnahme nötig macht, oder ob eine temporäre Programmteilnahme genügt.

Danach erfolgt eine Schulung in Gruppen mit maximal 12 Teilnehmer statt. Diese Schulung ist auch für Rehabilitanden anderer Kompass Einrichtungen zugänglich und findet in den Räumlichkeiten der Einrichtung Kompass City statt. Während dieser Schulung erfolgt eine Einführung in die Maßnahme, es findet ein Eignungstest statt mit dem Ziel einen Fähigkeitsprofil zu erstellen.

### Schulungen

Zum Curriculum dieser Maßnahme gehören Schulungen die das BBZ Augsburg anbietet.

### Praktikum

Für interessierte Rehabilitanden, die auf Grund der Kurzzeittherapie nicht von der Einrichtung Kompass Kompakt aus teilnehmen können besteht trotzdem die Möglichkeit ein Praktikum von 1-2 Wochen durchzuführen, vorausgesetzt es liegt eine Verlängerung der Reha Maßnahme vor. Es stehen folgende Optionen zur Verfügung:

- Betrieb des 1. Arbeitsmarktes
- Oder: Kooperationsfirma mit Möglichkeiten zum Erwerb von Basiskompetenzen, Klärung bzw. Erprobung im Berufsfeld

### Hauswirtschaft

Im hauswirtschaftlichen Bereich, aufgegliedert in Küche und Tischservice, Hauspflege und Wäschepflege legen wir Wert auf wirklichkeitsnahe Arbeitshaltung und Vermittlung anwendungsbezogener Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten.

Die Entwicklung folgender Arbeitstugenden sollte unterstützt werden: Ausdauer, Sorgfalt und Sparsamkeit, Hilfsbereitschaft, Teamfähigkeit, Geduld und Zuverlässigkeit.

Genannte Ziele werden tagtäglich bei den grundlegenden Versorgungsarbeiten angesteuert und nach folgenden Aspekten bearbeitet:

Ernährungsphysiologie, Hygiene, Ökonomie, Ästhetik, Unfallverhütung und Umweltschutz. Rehabilitanden werden nach Bedarf in die hauswirtschaftlichen Bereiche eingeteilt und turnusmäßig eingesetzt. Neigungen und Eignungen werden dabei berücksichtigt. Im Sinne der Selbstversorgung und unter genannten Aspekten führen die Rehabilitanden unter fachlicher Anleitung und auch eigenverantwortlich die Arbeiten aus. Bereitschaft zur Arbeit wird im gemeinschaftlichen Tun und Planen geweckt. Im Hauspflegebereich steht Wohlbefinden und Behaglichkeit der Rehabilitanden im Vordergrund.

Unsere Häuser, in gemütlicher Holzbauweise erstellt, bieten eine Anzahl schöner Gestaltungsmöglichkeiten vor allem dem Jahreskreislauf entsprechend, was einen positiven Therapieverlauf unterstützt. Unter bereits genannten Aspekten wird das Haus von Rehabilitanden gepflegt. Reinigungsarbeiten werden eigenverantwortlich übernommen. Es wird ein guter Hygienestandard angestrebt. Rehabilitanden-, Arbeits- und Hauswäsche

werden in einer eigenen Waschküche versorgt. Rehabilitanden erstellen ein Wäscheversorgungsprogramm, das hohe Verantwortungsbereitschaft vom Einzelnen verlangt. Nebenbei werden Fähigkeiten und Kenntnisse in Wäschepflege von einer Arbeitsanleiterin vermittelt. Erfolgserlebnisse und Freude, positive Rückmeldungen und Kritik, die im Rahmen von wöchentlichen Arbeitsplenen, Küchenbesprechungen oder täglichem Rehabilitandenkontakt stattfinden, sind dabei tragend. Bestätigung wertet das Lebensgefühl und die Bereitschaft zur Arbeit auf und wirkt dadurch therapiefördernd.

### Werkstatt

Viele Rehabilitanden haben während ihrer Drogenzeit nicht oder nur wenig gearbeitet. Um das Arbeiten wieder zu lernen vermittelt ein Arbeitsanleiter in unserer hauseigenen Werkstatt Fachwissen, aber auch elementare Fähigkeiten wie Pünktlichkeit, Ordnung und Verantwortung. Die Rehabilitanden werden in Arbeitsbereiche eingeteilt, die ihrem Können und ihren individuellen Fähigkeiten entsprechen. Bei der Arbeitszuteilung wird auch die Ausbildung der Rehabilitanden beachtet. Sie werden in ihrem Können bestärkt und lernen auf ihrem eigenen Gebiet wieder sich und den Wert ihrer Arbeit zu schätzen. Unter fachlicher Anleitung bekommen sie das Gefühl für verschiedene Materialien wie Holz und Metall und lernen mit Werkzeugen ordentlich und gewissenhaft umzugehen, mit dem Ziel handwerkliches Geschick zu entwickeln und konzentriert und ausdauernd zu arbeiten. Bei Arbeitsprojekten lernen die Rehabilitanden das gemeinschaftliche Handeln und wieder Verantwortung für sich und andere zu übernehmen. Die Arbeit im Team ist sehr wichtig, da viele Rehabilitanden den Sinn für das Miteinander im Laufe ihrer Drogenzeit verlernt oder verloren haben. Eine Begleitung der Rehabilitanden während der Arbeit ermöglicht das Entdecken sowohl von Ressourcen als auch von (noch) vorhandenen Defiziten, die dann in therapeutischen Gruppen bearbeitet werden können.

### Garten

Der Bereich Garten beinhaltet die Aufzucht und Pflege von Pflanzen und den Umgang mit Gartengeräten. Die Rehabilitanden lernen Verantwortung für ihre Tätigkeit zu übernehmen, eigene Ideen einzubringen und diese dann auch zu verwirklichen. Gleichzeitig erwerben die Rehabilitanden Kenntnisse über Gartengestaltung und Gemüseanbau. Die Tätigkeit im Garten vermittelt sichtbaren Erfolg, der die Rehabilitanden motiviert an einer Sache kontinuierlich zu arbeiten, was auch mit Freude am eigenen Wirken einhergeht. Dies hilft den Rehabilitanden Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein zu entwickeln. Sie lernen mit Ausdauer und Kontinuität tätig zu sein. Gleichzeitig erfahren die Rehabilitanden, dass Erfolg nur bei zuverlässiger und sorgfältiger Arbeit eintritt. Der Gemüseanbau, von dessen Ernte alle etwas haben, fördert den Sinn und die Verantwortung für die Gemeinschaft.

### Beschäftigungs- bzw. Kreativtherapie

In der Beschäftigungs- bzw. Kreativtherapie kommt insbesondere dem kreativen Umgang mit diversen Materialien eine große Bedeutung zu. In der Kreativarbeit spiegeln sich

auch therapeutische Themen wieder, die somit auf einer anderen Ebene aufgegriffen und bearbeitet werden können. Dies ist u.a. für Rehabilitanden hilfreich, die Probleme mit der Verbalisierung ihrer Themen haben. Das Angebot bietet Raum für andere Formen der Wahrnehmung und des Ausdrucks von sich selbst, als die der Worte. Innere Bilder können zu äußeren Bildern werden, "Traumwelten" können per Farbe und Form Realität werden. Viele Rehabilitanden trauen sich keine "konkrete" Kreativität zu. Oft wird Malen und Zeichnen mit Schule und Leistung verbunden und ist als unangenehme Erinnerung gespeichert. Es gilt Bahnen zu finden, in denen Kreativität wieder fließen darf. Gleichzeitig sollen neue Blickwinkel für die eigene Person geschaffen werden, die Bestätigung geben und Möglichkeiten zur Verarbeitung persönlicher Themen bieten. Hilfe ist nötig, um anfängliche Widerstände zu überwinden. Weiter ist Unterstützung notwendig, die eigenen begonnenen Bilder, Skulpturen etc. über längere Zeit ernst zu nehmen, Ausdauer und Mut zu finden, bei "Muse-Flauten" nicht aufzugeben und schließlich die Werke zu Ende zu bringen. In jeder der drei Etappen (beginnen, dabei bleiben und beenden) werden typische Verhaltensmuster von Sucht berührt, die auf alternativen Wegen neu erfahren werden können. Viele der entstandenen Bilder, Collagen, Skulpturen, Graffitis etc. finden zusätzlich eine Würdigung, in dem sie einen Platz im Haus erhalten und gelegentlich in einer Vernissage ausgestellt werden.

## Projekte

In der Zusammenarbeit mit dem TSV Haunstetten und der Stadt Augsburg haben wir Arbeitsprojekte entwickelt, die für die Einrichtung und für alle Beteiligten eine "winwin"-Situation darstellen und unseren Rehabilitanden das Prinzip von Nehmen und Geben vermitteln. Durch die Teilnahme an diesen Projekten bekommen die Rehabilitanden wieder einen realistischen Bezug zur Arbeitswelt.

### 4.7.7 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Sport ist ein Schwerpunkt im Behandlungsangebot und integraler Bestandteil des Gesamtkonzeptes unserer Einrichtung. Die Zielsetzungen sind sowohl somatisch als auch psychosozial orientiert. Das übergeordnete Therapieziel im Sport heißt, "zufriedene Suchtmittelfreiheit über alternative aktivierende Erlebensangebote schaffen". Im Wesentlichen verstehen wir darunter die (Re-)Aktivierung des Rehabilitanden, da mit ständigem Drogenkonsum die Entwicklung passiver Lebenstechniken einhergeht.

Für alle Zielbereiche der Sporttherapie werden mehrmals pro Woche (mind. dreimal) die Methoden Ausdauer-, Kraftsport, Gymnastik, kleine und große Spiele, spielerisches Üben und Entspannungsverfahren eingesetzt. Dazu nutzen wir Sportplatz, Sporthalle und Hallen oder Freibad in unmittelbarer Nähe, unsere hauseigenen Mountainbikes, Fahrradergometer, Kraftsportgeräte und Tischtennis. Eine wichtige Bedeutung hat weiterhin die Orientierung des Rehabilitanden an von ihm geschätzten Freizeitsportarten bzw. die Hinführung zu einer freizeitorientierten "Sport-AG". Dazu organisieren wir größere Radtouren, Sportvergleiche im Fuß- und Volleyball, im Straßen- oder Crosslauf und Duathlon. Neben institutionsinternen Sportvergleichen suchen wir dabei Vergleichs-



möglichkeiten im außertherapeutischen Umfeld, um einer “Ghettoisierung“ vorzubeugen und um eine Hinführung zum vereinsgebundenen Sport anzuregen. Zur Absicherung der institutionellen interdisziplinären Zusammenarbeit legen wir Wert auf einen geregelten Informationsaustausch, um notfalls die Erwartungshaltungen der Rehabilitanden zu korrigieren. Denn nur mit einer ernsthaften Einstellung zum Sport, d.h. kein “Frei- und Schonraum von der Therapie“ sind die genannten Ziele zu erreichen.

Ein wichtiger Bereich in der Sporttherapie ist die Entwicklung physischer Leistungsgrundlagen. Im Ausdauerbereich ist neben Schwimmen, Wandern und Joggen, vor allem Radfahren ein Schwerpunkt im Behandlungsangebot. Es hat sich dabei gezeigt, dass durch diese Angebote die Mehrzahl der Rehabilitanden ihre Belastbarkeitstoleranz signifikant verbessern konnte. Zur objektiven Beurteilung der individuellen Belastbarkeit steht uns ein Ergometer (Finnlo-Varon XT) zur Verfügung, mit dessen Hilfe wir mit einem Stufentest (z.B. Steigerung alle 3 min um 30 Watt) Auskunft über den aktuellen Leistungsstand und die Belastbarkeit des Einzelnen Rehabilitanden gewinnen können. Der Test liefert uns damit einerseits Ausgangsdaten für eine persönlichkeitsgerechte Trainingsgestaltung und ermöglicht uns andererseits als trainingsbegleitende Maßnahme eine optimale Kontrolle und Steuerung des Trainingsverlaufes. So werden Erfolge objektiv aufgezeigt und Maßnahmen der Sporttherapie belegbar gemacht (Eingangs- und Ausgangstest).

### Entspannung

Ziel des Einsatzes von “Entspannung“ als Methode ist die Verbesserung der Körperwahrnehmung und damit einhergehend die körperliche und emotionale Selbstregulation bei Stress. Durch Entspannungstechniken werden körperliche und emotionale Anspannung oder Erregung verringert, die Empfindlichkeit für Belastungssituationen reduziert und ein Zustand der Entspannung und des Wohlbefindens herbeigeführt. Einerseits wird also durch Entspannungstechniken bereits vorhandene Spannung und Erregung abgebaut, andererseits wird gleichzeitig Unempfindlichkeit entwickelt gegen weitere Erregung und Stress in spannungserzeugenden Situationen. Durch die Anwendung von Entspannungstechniken können die Rehabilitanden lernen, ihre innere Gelassenheit zu finden, ihren Körper und eigene Anspannung besser wahrzunehmen und sich somit gegen individuell erlebten Stress zu wappnen. Als Grundlage für die Durchführung der Entspannungsübungen dient insbesondere die Methode der progressiven Muskelentspannung nach Edmund Jacobson. Ergänzend dazu werden auch imaginative Verfahren, wie z.B. Traum-/Fantasiereisen angewandt.

### 4.7.8 Freizeitangebote

Da im Leben mit Sucht diese die Handlungen und Gedanken bestimmt, kann davon ausgegangen werden, dass Rehabilitanden es nicht gelernt oder verlernt haben, Freizeit aktiv zu gestalten, zu organisieren und zu erleben. Bei Rehabilitanden, die trotz ihrer Abhängigkeit einer geregelten Beschäftigung nachgingen, wurde Freizeit oft für das Konsumieren (“Genießen“) der Drogen oder deren Beschaffung verwendet mit dem Ziel:

“Abschalten“. Rehabilitanden, die keiner geregelten Arbeit nachgingen, sprechen von einer grundsätzlich drogenbestimmten Zeitstruktur (z.B. Intervalle der Beschaffung, Einnahme, Konsumerlebnis). Das Freizeitverhalten an sich ist als “konsumierend“ zu bezeichnen, bei niedriger Frustrationstoleranz und wenig Bereitschaft, selbst in Aktion zu treten. Es zeigt sich, dass die mangelnde Bereitschaft meist verknüpft ist mit fehlendem “Know-How“ auf diesem Gebiet. Die alten dysfunktionalen Verhaltensmuster (tagsüber Schlafen, passive Freizeitgestaltung, Konsumorientierung) machen sich besonders in der Anfangsphase der Therapie bemerkbar. Dieser Zustand wird den Rehabilitanden im Alltag und in der wöchentlichen Freizeitbesprechung widergespiegelt, was die Rehabilitanden zunächst oft als unangenehm erleben. Dies ermöglicht, dass die Rehabilitanden lernen bewusst wahrzunehmen, wie sich der Zustand von “sich langweilen“ nüchtern anfühlt und wie schnell in diesem Zusammenhang ein Suchtdruck entstehen kann. Durch unterstützende Angebote wird den Rehabilitanden ermöglicht wieder Kontakt zu sich herzustellen und nach anderen Möglichkeiten statt Konsum (bzw. Drogenkonsum), der Selbstverwirklichung zu suchen. Hier greift der Bereich Freizeit, eine der vier Säulen der Therapie. Er setzt sich aus angeleiteten und selbst organisierten Angeboten zusammen, mit dem Ziel, dass drogenfreie Freizeitgestaltung wieder Spaß machen sollte.

#### 4.7.9 Sozialdienst

“Ressourcenerschließung“ und “Bewusstseinsbildung“ sind die “klassischen“ Methoden sozialer Arbeit in der stationären Drogentherapie. Hauptziel der sozialpädagogischen Betreuung in Kompass ist die ressourcenorientierte Besserstellung unserer Klientel. Darunter verstehen wir die gezielte Erschließung und Ausschöpfung von materiellen Gütern, Wissen über Anrechte und entsprechende Verpflichtungen, Gesetznormen und Dienstleistungen. Dazu gehört insbesondere die Ermöglichung des direkten Zugangs der Klientel zu diesen Ressourcen im Sinne der Selbsthilfe. “Bewusstseinsbildung“ als Arbeitsweise sozialer Arbeit bezieht sich auf Probleme in der Ausstattung von emotionalen, normativen und kognitiven Erkenntnis- und Handlungskompetenzen. Ziel ist die Erweiterung und Differenzierung von Begriffen und Aussagen zur persönlichen Situation vor dem jeweiligen sozialen und kulturellen Kontext. Im Sinne von Teilzielen kann dies vor allem die Gewinnung von Einsichten in Normen und Gesetzmäßigkeiten sein.

#### Unterstützungsangebot bei juristischen und ausländerrechtlichen Problemstellungen

Die Tatsache, dass der Besitz von Betäubungsmitteln in Deutschland unter Strafe gestellt ist (BtMG §§ 29 ff.), bringt es mit sich, dass der überwiegende Teil der Klientel in Therapieeinrichtungen Kontakt mit Strafverfolgungsbehörden und Gerichten hat. Hinzu kommt, dass viele Drogenabhängige zur Finanzierung ihres Konsums auf illegale Einnahmequellen zurückgreifen (Beschaffungskriminalität). Unter dem Stichwort “Therapie statt Strafe“ beinhaltet das Betäubungsmittelgesetz die Möglichkeit, bei drogenabhängigen Tätern die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren zugunsten einer der



Rehabilitation dienenden Behandlung zurückzustellen (§§ 35, 36 BtMG) oder bei laufender Behandlung von der Verfolgung abzusehen, wenn keine höhere Strafe zu erwarten ist (§ 37 BtMG). Drogenabhängige unterschätzen nicht selten die straf- und zivilrechtlichen Konsequenzen ihres aktuellen Handelns. Die Folge ist, dass Rehabilitanden ihre Therapie häufig in einem Zustand äußerster Anspannung, hoher Unsicherheit und Phasen von Hoffnungslosigkeit wegen fehlender Perspektiven beginnen. Die sozialpädagogische Betreuung bei Kompass Kompakt unterstützt deshalb die Rehabilitanden bei der Bildung von realitätsgerechteren Erkenntnis- und Handlungsmustern. Schwerpunkt bildet dabei, unter dem Paradigma der "Hilfe zur Selbsthilfe", die gemeinsame Klärung der juristischen Situation, die Hilfestellung bei der Erfüllung gerichtlicher Auflagen und Weisungen sowie die Kontaktaufnahme mit Gläubigern. Ziel im Sinne der "Ressourcenbildung" ist die Sicherstellung der sozialen Teilhabe der Rehabilitanden nach regulärem Therapieende. Sucht fragt nicht nach Nationalität. Für ausländische Rehabilitanden ist es allerdings von eminenter Bedeutung, ob ihr Drogenkonsum, ihre Abhängigkeitserkrankung juristische Relevanz erlangt, weil davon ihr Verbleib in der Bundesrepublik oder ihre Ausweisung abhängen kann. Fehleinschätzungen sind dabei häufig. Ausländische Drogenkonsumenten werden häufig eher als deviant stigmatisiert, denn als Abhängigkeitskranke betrachtet. In die Therapie kommen sie häufig ohne gültigen Pass, ohne gültige Aufenthaltserlaubnis, ohne genaue Kenntnis ihrer aktuellen ausländerrechtlichen Situation, mit einer Zurückstellung nach § 35 BtMG und gleichzeitig drohender Abschiebung oder widerspruchsfähigem bzw. sogar rechtsgültigem und damit vollziehbarem Ausweisungsbescheid. Im Unterschied zu deutschen Rehabilitanden drohen ihnen bei Abbruch oder disziplinarischer Entlassung zusätzliche existentielle Schwierigkeiten. Schwerpunkte sozialpädagogischer Betreuung bilden, neben den oben genannten allgemeingültigen Tätigkeiten, die Überwindung kultureller Differenzen und die Reintegration in die Gesellschaft.

## Schuldenregulierung

Häufig haben unsere Rehabilitanden zum Zeitpunkt des Therapieantrittes keinen oder keinen genauen Überblick über die eigene aktuelle Schulden-situation. Sie können daher auf eigenen Wunsch das Angebot der Unterstützung bei der Klärung ihrer Schulden-situation in Anspruch nehmen. Vorrangiges Ziel während der stationären Therapie bei Kompass Kompakt ist es, einen Überblick über die aktuelle Schulden-situation des jeweiligen Rehabilitanden zu gewinnen und ggf. Zwangsvollstreckungsmaßnahmen zu verhindern. Hierbei findet meist die erste Kontaktaufnahme mit den Gläubigern statt. Nachfolgend ist es sinnvoll mit den jeweiligen Gläubigern eine Ratenzahlung und/oder eine Stundung zu vereinbaren. An dieser Stelle ist wichtig zu beachten, dass während einer stationären Therapie eine Entschuldung vorbereitet werden kann, die eigentliche Schuldensanierung jedoch erst nach beendeter Therapie und Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit möglich ist. Für längerfristige Sanierungsmaßnahmen kann eine Weitervermittlung an entsprechende Schuldnerberatungsstellen erfolgen. Schuldnerschutz hat neben der Entschuldungshilfe zum Ziel, sich mit der Schulden-situation auseinander zu setzen und die Einstellung zu Geld und Konsum dahingehend zu verändern, dass eine erneute Verschuldung vermieden wird. Drogenabhängige Menschen haben vielfach hohe Schulden, die

u.a. eine Folge der Sucht, des Beschaffungszwanges sind. Die Regulierung der Schulden ist wesentliche Voraussetzung für die dauerhafte Stabilisierung der Rehabilitanden und deren Wiedereingliederung in das Leben unserer Gesellschaft.

#### 4.7.10 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Zur Gesundheitsbildung und der Entwicklung einer gesundheitsorientierten Lebensweise sind Kenntnisse über eine gesunde Ernährung und sportmedizinisches Wissen zu Fragen nach den Grundsätzen der allgemeinen Trainings- und Bewegungslehre von großer Bedeutung. Dazu bieten wir fachübergreifende Vorträge und Seminare zu den Themenbereichen "Gesunde Ernährung" und "Bewegung und körperliches Training" an. Wichtig ist uns dabei die Umsetzung in die "Alltagspraxis". So wird im Rahmen der Sport- und Bewegungstherapie und bei einer bedarfsgerechten Ernährung auf die praktische Umsetzung geachtet, wie z.B. gemeinsames Essen und Kochen oder beim Sport auf Korrektur von Fehlbelastungen. Die erfolgreiche Umsetzung der Gesundheitsbildung zeigt sich dann z.B. in einer tatsächlichen Leistungsverbesserung, Gewichtsreduzierung, Bluthochdrucksenkung u.ä., welches die Motivation des Rehabilitanden zur gesunden Lebensführung merklich verstärken kann. Darüber hinaus nehmen wir Wünsche und Idealwahrnehmungen der Rehabilitanden auf, um Einzelproblematiken von gesundheitsschädigenden Lebensgewohnheiten gerecht zu werden. Dazu gehören Vorträge und Motivierung zur Tabakentwöhnung und der Hinführung zu einer aktiven Freizeitgestaltung, wie auch das Erlernen von Entspannungstechniken zur Förderung der Eigenwahrnehmung zwischen den Polen Ruhe und Aktion.

#### 4.7.11 Angehörigenarbeit

Um die vorhandenen sozialen Anbindungen zu klären, zu festigen, neu zu strukturieren, bieten wir Angehörigenarbeit an. In individuellen Sitzungen findet ein Gespräch zwischen dem einzelnen Rehabilitanden, seinen Angehörigen und dem zuständigen Bezugstherapeuten statt. Wir hinterfragen die Funktion der individuellen Störungen im sozialen Kontext (z. B. der Familie) und fördern die Reorganisation des Systems, um so eine dauerhafte, stabile Änderung des uns anvertrauten Rehabilitanden zu ermöglichen. Wenn sich ein Rehabilitand in eine Therapie begibt, ist mit Veränderungen zu rechnen. Es kann sein, dass er kritischer und unbequemer wird, Forderungen stellt oder überhaupt ganz neue Seiten der Persönlichkeit zeigt. Dies ist für den Therapieprozess und die Entwicklung wichtig und erwünscht. Für die Angehörigen kann dies Schwierigkeiten bereiten, aber gleichzeitig auch einen neuen Anfang der Gestaltung der Beziehung bedeuten. Gespräche werden gemeinsam mit dem Rehabilitanden geplant, besprochen, durchgeführt und nachbesprochen. Der soziale Bezugsrahmen ist ein entscheidender Faktor beim Gelingen von Rehabilitation. So früh wie möglich, d.h. grundsätzlich ab der 5. Woche, berücksichtigen wir das soziale Nahfeld der Klientel mittels Einladungen zu Beziehungsgesprächen. Die Angehörigen werden über die psychischen Ursachen der Suchterkrankung und über die Ziele der Therapie informiert. Sie werden auch für ihre eigenen unbewussten Anteile an der Aufrechterhaltung der Sucht ihres Partners,

Kindes sensibilisiert (Co-Abhängigkeit). Es wird auch auf konkrete Hilfsmöglichkeiten nach Entlassung des Rehabilitanden verwiesen (Adaption, Betreutes Wohnen, Nachsorge, Ambulante Therapie, Elternkreis, Selbsthilfegruppe etc.).

In der Einrichtung sind Besuche von drogenfreien Personen (Familie, wichtige Bezugspersonen) in Absprache mit dem Bezugstherapeuten in den Besucherzeiten vom Beginn der Therapie möglich.

#### 4.7.12 Rückfallmanagement

„Krise kann ein produktiver Zustand sein. Man muss ihr nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen.“ Max Frisch

Eine zeitlich begrenzte Einnahme eines Suchtmittels bei generell bestehender Abstinenzabsicht des Rehabilitanden, ohne den Rückfall in bekannte Konsum- und Verhaltensmuster, verstehen wir als einen Vorfall (vgl. Marlatt 1985). Die wiederholte Einnahme eines Suchtmittels und ein Rückfall in bekannte Konsum- und Verhaltensmuster als einen Rückfall. Die Suchtmittelfreiheit in unserer Einrichtung halten wir für eine unabdingbare Voraussetzung für die Durchführung einer Entwöhnung. Suchtmittelfreiheit als Wert an sich ist eine unserer wichtigsten Botschaften an die Rehabilitanden und ein wichtiger Bestandteil unserer therapeutischen Überzeugung. Die Suchtmittelfreiheit des Hauses erfüllt eine unterstützende und stabilisierende Funktion. Zur Vorfallerkennung und Rückfallprävention führen wir in unregelmäßigen Abständen engmaschige Alkohola-temluftkontrollen und Drogenscreenings routinemäßig auf alle gängigen Drogen [THC, Amphetamine, Methamphetamin, Kokain, Benzodiazepine, Barbiturate, Opioide (Morphin, Methadon, Buprenorphin, Oxycodon, Tramadol, Fentanyl)] durch. Gezielt werden auch Rehabilitanden nach Heimfahrten auf Ethylglukuronid (EtG) im Urin getestet. Bei diesem Verfahren kann bereits der Konsum geringer Mengen Alkohol bis zu 80 Stunden im Urin nachgewiesen werden. Da zunehmend von manchen Rehabilitanden synthetische Cannabinoide (wie z. B. Spice und andere Kräutermischungen) konsumiert werden, die mit den Drogenschnelltests noch nicht nachweisbar sind, lassen wir bei Verdacht diesen aufwendigen Test im Institut für Rechtsmedizin in Freiburg durchführen. Die tatsächliche Suchtmittelfreiheit und die damit verbundene Atmosphäre hilft den Rehabilitanden dabei, die anfängliche Ambivalenz, oft bedingt durch Restentzugssymptomatik zu überwinden und ermöglicht die Veränderung der anfänglichen Unsicherheit (das Cleansein als ein neues Erlebnis) in zunehmende Selbstwertschätzung. Wir sensibilisieren unsere Rehabilitanden im Rahmen der Indikationsgruppe Rückfallprophylaxe (nach Klos, Görge), sowie durch Übungen und Rückmeldungen zur vertieften Selbstwahrnehmung eigener Ressourcen, bewusster Wahrnehmung von Verhaltensrückfällen und Situationen, die zur Rückfälligkeit führen könnten. Dadurch ermöglichen wir einen bewussten, selbstverantwortlichen Umgang mit sich selbst und der neuen suchtmittelfreien Identität. Wir erkennen an, dass Vorfälle und Rückfälle Symptome der Grunderkrankung bzw. der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen sind. Wir bewerten das Rückfallereignis grundsätzlich nicht moralisierend. Die Psychodynamik eines Vorfalls kann sehr komplex und vielschichtig sein. Sie verlangt eine differenzierte, individualisierte, stützende, gleichsam transparente, konfrontierende und konsequente therapeutische Vorgehensweise. Der Umgang mit

Vorfällen während der stationären Behandlung sollte in einem gesamttherapeutischen Zusammenhang berücksichtigt werden. Die realitätsnahe Öffnung der Einrichtung nach Außen, verbunden mit mehr Realitätstraining (mehr Ausgänge und Heimfahrten etc.) ist natürlich nicht nur hypothetisch verbunden mit der Erwartung einer Zunahme von Vorfällen. Jeder Vorfall, der während der Rehabilitationsmaßnahme stattfindet, enthält wichtige und wertvolle Informationen über den Rehabilitanden selbst und über das aktuelle therapeutische Setting. Ein differenziertes und individuelles Vorgehen bei einem Vorfall ist auf Grund der Fürsorgepflicht und der therapeutischen Verantwortung unabdingbar. Dabei hat sich das Vorgehen sowohl an dem Rehabilitanden als auch an den Rahmenbedingungen auszurichten. Indikation für eine sofortige disziplinarische Entlassung besteht, wenn nichterlaubte Substanzen in die Einrichtung gebracht werden, bzw. Konsum in der Einrichtung stattfand. Das Dealen mit nicht erlaubten Substanzen in der Einrichtung, fehlende Offenheit, Taktieren, Lügen, Decken der Rückfälligkeit, Decken des Vorhandenseins von unerlaubten Substanzen in der Einrichtung erfüllen ebenfalls die Kriterien für eine disziplinarische Entlassung. Indikation für Bearbeitung des Vorfalles in unserer Einrichtung ist aus unserer Sicht ein einmaliger Vorfall mit in der Einrichtung unerlaubten Substanzen. Bedingung ist, dass der Rehabilitand konstruktiv mit seiner Rückfallsituation umgeht. Zu den Inhalten der Arbeit mit Vorfall gehören folgende Aufgaben: Überprüfen der Drogenfreiheit/akuter Intoxikation, ggf. Bedarf einer Entgiftung, Motivationsprüfung, Vorfallbearbeitung (Rehabilitand), Vorfallbearbeitung (Gemeinschaft), ggf. Einleitung von weiteren Maßnahmen, wie z.B. Querverlegung des Rehabilitanden von der Kurzzeit- in die Langzeittherapie, Verlängerung der bisherigen Maßnahme. Insgesamt ist bei der Bearbeitung des Vorfalles das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (perceived self-efficacy / Bandura) als theoretische Grundlage anzuwenden. Dabei geht es darum den Fokus auf die Selbsterwartungen und Kompetenzen des Rehabilitanden zu richten. Des Weiteren werden verstärkt Bereiche der Selbstregulation, Selbstkontrolle und Selbstmanagement in den Fokus rücken. Bei der Arbeit mit Vorfall muss gewährleistet werden, dass die gesamte Gruppendynamik in der Gemeinschaft die Bearbeitung ermöglicht, die Gefährdung anderer Mitrehabilitanden nicht vorhanden ist, die Gruppe dem Verbleib des betroffenen Mitrehabilitanden zustimmt. Außerdem ist wichtig, dass die Möglichkeit einer Verlängerung der Maßnahme vorliegt und dies auch dem Wunsch des betroffenen Rehabilitanden entspricht. Die Überprüfung der Motivation des Rehabilitanden ist einer der wichtigsten Bausteine in der Arbeit mit einem Vorfall. Dabei sind bei den Gesprächen eine Enttabuisierung und eine freundliche Sachlichkeit notwendig. Für den Verbleib in der Einrichtung ist also, außer nicht vorhandener schwerer akuter Intoxikation, Offenheit und Verantwortungsübernahme ohne Externalisierung sowie Bagatellisierung unabdingbar. Neben der Überprüfung der Motivation muss die Verbindlichkeit des Rehabilitanden (u.a. Einhalten von Vereinbarungen) überprüft werden, ebenso dessen aktive und konstruktive Mitwirkung. Gerade in einer Krise, bei der lösungsorientiert gearbeitet wird, kann die therapeutische Beziehung maßgeblich den Prozess der Rückfallbearbeitung begünstigen. Diese Beziehung ist auch sehr hilfreich bei der individuellen Analyse der Vorkommnisse, bzw. bei der Feststellung der Zusammenhänge zwischen dem individuellen Befinden, dem aktuellen Lebenskontext und dem Drogenkonsum. Ein motivierendes Gespräch mit Aufzeigen von Perspektiven ist unabdingbar. Ein substanzbezogener Vorfall während der

Entwöhnung bei Kompakt bedeutet zunächst das Ende der bisherigen Therapievereinbarung und der Rehabilitand muss die Therapeutische Gemeinschaft bzw. die Einrichtung verlassen. Dies bedeutet allerdings nicht zwangsläufig die Beendigung der therapeutischen Maßnahme. Aus diesem Grund nutzen wir die externe Orientierungsstation der Kompass Drogenhilfe GmbH in der Fachklinik Kompass Hof (Näheres dazu s.u.).

Jeden Vorfall verstehen wir als Krise, deren Verlauf davon abhängt, ob eine regressive oder progressive Wendung in der Entwicklung des Rehabilitanden folgt. Demnach kann der Vorfall auch die Chance einer bewussten Verhaltensreflexion und realistischen Selbsteinschätzung beinhalten. Bühringer (1996, S.23) formuliert dazu: „Die Ergebnisse lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass (1.) Rückfall in den seltensten Fällen ein plötzliches Ereignis ist, (2.) die jeweiligen Auslöser für solche Vorgänge kategorisiert werden können (interne und externe Reize, positive und negative Empfindungen), aber sehr individuell sind, und dass auch die Verläufe bis zum Rückfall und danach äußerst unterschiedlich ablaufen.“ Dies bestätigen auch unsere Erfahrungen. Die Voraussetzung für die Fortsetzung der Rehabilitation ist die Bereitschaft des Rückfälligen, ein konstruktiver und offener Umgang mit dem Vorfall und weitere Abstinenzbereitschaft sowie Krankheitseinsicht.

### Externe Orientierungsstation

Die externe Orientierungsstation hat die Funktion einer stationären Krisenintervention zur Bewältigung und Klärung eines Vorfalls während der stationären Rehabilitation in Einrichtungen der Kompass Drogenhilfe GmbH. Das Ziel dieser Intervention ist Substanzfreiheit zu erreichen sowie die Motivation zur Veränderung während einer kritischen Phase zu stabilisieren und weiter zu entwickeln. Bei gegebener Bereitschaft zur Veränderung und Motivation zur Abstinenz kann die begonnene Maßnahme fortgeführt werden.

Indiziert zur Behandlung auf der externen Orientierungsstation sind Rehabilitanden, die im Laufe der stationären Rehabilitation in unserer Einrichtung eine schwere Störung des Behandlungsablaufs (z. B. substanzbezogener Vorfall, schwere Verhaltensrückfälle oder Gewaltandrohung) aufweisen. In diesem Fall muss in einem getrennten und geschützten Setting die aktuelle Situation des Rehabilitanden ohne die Gefährdung der anderen Mitglieder der Therapiegemeinschaft geklärt werden. Bei prognostisch positiven Voraussetzungen für weitere Rehabilitation kann der Rehabilitand nach Abklärung und Stabilisierung zurückverlegt werden. Im Falle einer negativen Prognose wird die Rehabilitation durch unsere Einrichtung beendet.

Über die Verlegung auf die externe Orientierungsstation entscheidet die Leitung der Einrichtung in Absprache mit dem zuständigen Einrichtungsarzt. Eine ausführliche Fallübergabe an die verantwortlichen Mitarbeiter der externen Orientierungsstation ist die Voraussetzung.

Der Aufenthalt beträgt maximal 2 Wochen. In dieser Zeit erfolgen nachstehende Interventionen: Restentgiftung, Stabilisierung, motivierende Gespräche, Vorfallanalyse, Risikodiagnostik und Rückfallprophylaxe (Psychoedukation). Damit die ggf. nachfolgende Reintegration in die ursprüngliche Therapeutische Gemeinschaft erfolgen kann, ist ein

weiter bestehender Kontakt mit dem Bezugstherapeuten unabdingbar.

Der Tagesstrukturierung dienen die oben genannten (therapeutischen) Angebote und alle Arbeitsbereiche der Fachklinik Hof. Freizeitprojekte wirken dabei unterstützend.

Die temporäre Verlegung von Rehabilitanden innerhalb und zwischen den Kompass-Einrichtungen erfordert ein professionelles Schnittstellenmanagement. Die Übergangsprozesse sind für die beteiligten Einrichtungen und Mitarbeiter verpflichtend und im QM schriftlich festgelegt.

#### 4.7.13 Gesundheits- und Krankenpflege

Die vielfältigen Aufgaben des Pflegepersonals übernehmen in unserer Einrichtung alle im Präsenzdienst tätigen Mitarbeiter. Die Rehabilitanden sind selbstversorgend in ihren physischen Grundbedürfnissen. Daher ist die medizinische - und Notfallversorgung das, was von der klassischen Krankenpflege übriggeblieben ist. Zu den Aufgaben im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege gehören die erzieherischen Maßnahmen der Gesundheits- und Hygieneberatung, Erziehung zu Sauberkeit, Ordnung und persönlicher Hygiene. Außerdem gehört zu dem Aufgabebereich die medizinische Basisüberwachung und Überwachung der in der Gesundheitsfürsorge vereinbarten Themen, wie ausreichende Wasserzufuhr, Sonnenschutz, Überlastungsphänomene etc.. Präsenzdienste sind zuständig für die Erstellung und Kontrolle der Einhaltung von Hygieneplänen, Medikamentenausgabe, regelmäßige Atemluft- und Drogen-Screenings, Versorgung von Bagatellverletzungen, Anwendung von medizinisch verordneten Maßnahmen und Betreuung und Pflege bei interkurrenten Infekten und Erkrankungen. Die Weitergabe von Informationen über die Rehabilitanden findet zu festen Übergabezeiten statt und gehört zum festen Gegenstand der Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team.

#### 4.7.14 Weitere Leistungen

Der Übergang von der stationären Behandlung in den Alltag stellt eine besondere Herausforderung für die Rehabilitanden dar. Aus unserer Sicht ist es wichtig, dass bereits während der stationären Phase eine klare Planung der folgenden Maßnahmen vorliegt. Dabei muss die persönliche Situation des Rehabilitanden berücksichtigt werden. Es gilt jedoch in jedem Fall, dass einer Kurzzeittherapie eine weitere Maßnahme erfolgen muss, wenn die erreichten Fortschritte zu sichern sind.

Eine enge Anbindung an das Suchthilfesystem in Form einer Adaption oder einer ambulanten Nachsorge ist unabdingbar. Jedem Rehabilitand wird eine Weiterbehandlung empfohlen und jeder kann sich mit der Unterstützung der Einrichtung über die verschiedenen Angebote und Möglichkeiten informieren.

Es besteht eine enge Kooperation mit Kompass Direkt und der Drogenhilfe Schwaben e. V.. Ein nahtloser Übergang in die Adaption nach der Beendigung der Maßnahme bei Kompass Kompakt und eine zeitnahe Übergabe von relevanten Daten gehören zu den Standards der Kompass Einrichtungen. Im Falle eines Rückfalles besteht eine enge Kooperation mit der Orientierungsstation.



#### 4.7.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Der Prozess der Entlassung beginnt mit der Festlegung des Entlasstermins und beinhaltet die dazugehörige, organisatorische Abwicklung (Entlassbericht wird entsprechend dem Leitfaden der DRV innerhalb von maximal 10 Werktagen erstellt) sowie die Klärung der nachsorgenden Weiterbehandlung und Vermittlung an eine Nachsorgemaßnahme. Er endet mit Abschluss und Archivierung der Akte. Bereits bei dem Bilanzgespräch, das in der Mitte der Behandlung stattfindet, werden die bisherigen Ergebnisse der Maßnahme durch den Bezugstherapeuten in einer Fallkonferenz mit allen Beteiligten diskutiert und mit dem Rehabilitanden besprochen. Dem medizinisch-therapeutischen Behandlungsbedarf entsprechend werden Ziele überprüft und neu justiert. Im Bedarfsfall wird eine Verlängerung der Maßnahme beantragt. In der Regel erfolgt verstärkt ein Realitäts-training in Form von reflektierten Ausgängen und Heimfahrten, internen und externen Arbeitserprobungen, Rückfallprophylaxe. Es werden nachfolgende Maßnahmen geplant, koordiniert und organisiert, wie z. B. Probewohnen in einer externen Adaption oder das Kennenlernen der zukünftigen Therapeuten in der ambulanten Nachsorge. Es werden Anträge auf Kostenübernahmen gestellt, Rehabilitanden vereinbaren in Absprache mit allen Beteiligten feste Termine für die nachfolgenden Maßnahmen. In der letzten Woche vor der Beendigung der Maßnahme fertigt der Rehabilitand eine Therapiereflexion an. Diese wird gemeinsam mit Vertretern aller Bereiche (Medizin/Psychotherapie, Arbeitstherapie, Sport, Freizeit) im Abschlussgespräch besprochen. Es wird eine medizinische Entlassuntersuchung durchgeführt. Dabei werden nochmals die erreichten Ziele und Erfolge reflektiert und die Planung der weiteren Schritte konkretisiert. Jedem Rehabilitanden werden praktische Hilfestellungen am Entlasstag (Fahrten etc.) angeboten, damit ein nahtloser Übergang z. B. in die adaptive Maßnahme gewährleistet werden kann. Jeder Rehabilitand bekommt die Notfallnummer der Einrichtung, damit er sich im Bedarfsfall, vor allem in den ersten Tagen schnell telefonisch an die Mitarbeiter wenden kann. In Zusammenarbeit mit Kompass Direkt erfolgt in der Regel ein Übergabegespräch mit den dort zuständigen Mitarbeitern. Bei Abbruchgedanken /- Absichten erfolgt vorerst eine Krisenintervention mit dem Ziel den Rehabilitanden zu stabilisieren und zu motivieren. Sofern dies nicht gelingt, wird er in einem Abschlussgespräch über das Risiko der Überdosierung, die mit einem eventuellen Rückfall verbunden ist, belehrt. Außerdem erhält er Informationen über weitere Behandlungsstätten (Notschlafstelle, Theso etc.). Eine Querverlegung erfolgt, falls aus Indikationsgründen eine Langzeitmaßnahme erforderlich ist oder die Situation des einzelnen Rehabilitanden (Spannungen in der Gemeinschaft) die Behandlung deutlich erschwert. Eine disziplinarische Entlassung erfolgt, wenn die weitere Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden nicht möglich ist. Darunter verstehen wir: fehlende Motivation, fehlende Veränderungsbereitschaft, destruktives Verhalten, kriminelle Handlungen (Diebstahl, Gewalt, Drogen in die Einrichtung bringen etc.). Jede erwogene disziplinarische Entlassung wird gründlich intensiv im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft und in einer Fallkonferenz besprochen. Anschließend wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden die Lage besprochen und die Entlassung durchgeführt. Bei Abbruch oder disziplinarischer Entlassung werden mögliche Suizidgefahren überprüft; sofern eine Suizidgefährdung vorliegt, wird eine Einweisung in eine Fachklinik eingeleitet.

---

Alle oben beschriebenen Schritte werden dokumentiert.



---

## Personelle Ausstattung

---

### Das Team

Kurzzeittherapie mit Drogenabhängigen erfordert quantitative und qualitative Standards bezüglich personeller, räumlicher und finanzieller Ausstattung, wenn sie individuelle Hilfsangebote im Setting einer therapeutischen Gemeinschaft wirklich erfolgreich rehabilitandenorientiert umsetzen soll. Das multiprofessionelle und multikulturelle Team setzt sich aus Mitarbeitern zusammen, welche über mehrjährige Zusatz- und Weiterbildungen verfügen. Des Weiteren werden Erfahrungen der Ex-User berücksichtigt und fließen bei der Arbeit mit ein. Das Team setzt sich aus insgesamt 21 Voll- und Teilzeitkräften unterschiedlicher Berufsgruppen zusammen. Es wird auf ein ausgewogenes Verhältnis männlicher und weiblicher Mitarbeiter sowie auf eine ausgewogene Konstellation von erfahrenen Kollegen und Berufseinsteigern im Team geachtet.

### Zum Team zählen

Ein leitender Arzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zur medizinischen Begleitung über den gesamten Therapieverlauf hinweg; der leitende Arzt trägt auch die Letztverantwortung in allen Entscheidungen. Mit einer kurzen Unterbrechung ist er seit 1991 bei Kompakt tätig. Eine approbierte Psychotherapeutin (ECP, KJ) gehört zu den Gründungsmitarbeitern und ist seit 1991 als Bezugstherapeutin und später in der Funktion als Einrichtungsleitung tätig. Eine Kollegin, Dipl. Pädagogin und Dipl. Soz. Pädagogin, ist seit 1998 bei Kompakt tätig. Sie besitzt die Zusatzqualifikation „Fachkraft Suchthilfe“ und befindet sich derzeit in der Weiterbildung zur Sozialtherapeutin (Suchtverhaltenstherapeutisch orientiert). Zu ihrem Aufgabenbereich gehört die Betreuung der Rehabilitanden während der Orientierungsphase und Schuldenklärung, bzw. Klärung der Nebenkosten. Zum Team gehört seit 2007 eine Diplom Pädagogin mit der Zusatzqualifikation „Fachkraft Suchthilfe“, die als Bezugstherapeutin tätig ist und sich derzeit in einer Fortbildung zur Systemischen Therapeutin befindet. Seit 2010 arbeitet ein Sozialpädagoge als Bezugstherapeut im Team. Im Moment studiert er berufsbegleitend im Masterstudiengang Klinische Psychologie/Psychoanalyse. Im Bereich der Psychodiagnostik und als

Bezugstherapeutin ist eine Diplompsychologin (in berufsbegleitender Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten) seit 15.04.2014 tätig. Die Verwaltungsaufgaben in der Einrichtung werden von zwei Verwaltungsfachangestellten durchgeführt, wovon eine zusätzlich als QMB fungiert. Ein diplomierter Sportlehrer ist seit 1991 für die Rehabilitanden im Bereich Bewegungs- und Sporttherapie sowie Freizeit zuständig. Im Bereich Arbeitstherapie beschäftigt Kompakt seit 2009 eine Hauswirtschaftlerin, seit 2011 eine Erzieherin mit der Fachausbildung zur Ernährungsberaterin und seit 2014 einen Arbeitsanleiter. Die Zuständigkeiten des Personals sind klar geregelt und der aktuelle Stand ist im Easy-QM-Portal einzusehen und abrufbar. Zusätzlich wird das Team durch engagierte Nachtdienste und Präsenzdienste, Bundesfreiwilligendienstleistende und Praktikanten aus unterschiedlichen Bereichen ergänzt (geringfügig Beschäftigte und Studenten). Alle beschäftigten Mitarbeiter sind verpflichtet sich weiterzubilden, dies wird seitens der Einrichtungsleitung unterstützt. Mehrere Mitarbeiter besitzen die Qualifikation als Ersthelfer, die wir im pflegerischen Bereich als notwendig betrachten. Alle Mitarbeiter haben eine Schulung in Punkto Daten- und Sicherheitsschutz absolviert. Die personelle Ausstattung der Einrichtung wird mit dem Geschäftsführer sowie dem federführenden Kostenträger der Einrichtung vereinbart. Der jeweilige aktuelle Personalstand einschließlich möglicher Änderungen sowie einschließlich der jeweiligen Qualifikationen wird der DRV Schwaben quartalsweise mitgeteilt.

---

## Räumliche Gegebenheiten

---

Die Einrichtung Kompass Kompakt befindet sich am südlichen Stadtrand von Augsburg auf einem ca. 3000m<sup>2</sup> großen Grundstück. Die Stadtrandlage mit guter verkehrstechnischer Anbindung gewährleistet die Klärung Rehabilitandenspezifischer Belange durch Nutzung der städtischen Infrastruktur.

Den Rehabilitanden stehen in zwei Häusern in nahezu identischer Bauausführung insgesamt 12 Zweibettzimmer (ca. 17m<sup>2</sup>), 10 Duschen, 26 Waschbecken und 10 Toiletten (2 m<sup>2</sup>) zur Verfügung. Ausstattung der Rehabilitandenzimmer: 2 Einzelbetten mit eingebauten Unterschubladen, 2 Nachttische mit Beleuchtung, 2 Schränke mit Fächern und Kleiderstangen, 2 Stühle und ein Tisch, ein Bücherregal, Pinnwand, eine Garderobe, ein Spiegel. Für Notfallunterbringung können Zweibettzimmer auch als Dreibettzimmer kurzfristig ausgestattet werden. Außerdem stehen den Rehabilitanden folgende Funktions- und Therapieräume zur Verfügung:

- Aufnahmezimmer (24 m<sup>2</sup>), ausgestattet mit Toilette und kleinem Laborbereich
- Großgruppenraum (53 m<sup>2</sup>)
- Großgruppenraum/Fernsehraum (52 m<sup>2</sup>)
- Kleingruppenraum/Kreative Beschäftigung (31 m<sup>2</sup>)
- Speisesaal: (ca. 54 m<sup>2</sup>)
- Lernküche (ca. 25 m<sup>2</sup>) mit Lagerraum(7 m<sup>2</sup>)
- Wintergärten - Billardtisch (ca. 24 m<sup>2</sup>)
- Wintergärten - Fitnessraum (ca. 24 m<sup>2</sup>)
- Wintergärten - Entspannungsraum (ca. 24 m<sup>2</sup>)
- Wintergärten - PC Raum (ca. 24 m<sup>2</sup>)
- Aufenthaltsraum/Musikraum (18 m<sup>2</sup>)

- Bibliothek (18 m<sup>2</sup>)
- 2 Telefonzellen (jeweils 2 m<sup>2</sup>)
- 2 Abstellkammern (jeweils 2 m<sup>2</sup>)
- Im Erdgeschoss beider Häuser befinden sich ausreichend Büroräume (bis 23 m<sup>2</sup>). Jeder Bezugstherapeut hat ein eigenes Büro (ca. 16 m<sup>2</sup>), in dem Einzelgespräche ungestört stattfinden können.
- Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit (ca. 16 m<sup>2</sup>)
- Ein Büro (23 m<sup>2</sup>), welches sich 2 Arbeitsanleiter teilen
- Besprechungsraum und Nachtdienstzimmer (18 m<sup>2</sup>)
- Die Verwaltung (2 Büros) befindet sich in einem Nebengebäude
- Teambesprechungsraum (12 m<sup>2</sup>) mit kleiner Küche (10 m<sup>2</sup>) und Teamtoilette mit Dusche, ebenso wie weitere Mitarbeiterbüros befinden sich in einem weiteren Gebäude (Neubau).
- Werkstatt (42 m<sup>2</sup>)
- Waschküche (25 m<sup>2</sup>) mit kostenlos nutzbaren Waschmaschinen und 2 Trockner sowie Wäschetrocknungsmöglichkeiten
- Saunagebäude (ca. 40 m<sup>2</sup>) mit Dusche und Ruhe-/Entspannungsraum
- Raucherraum (12 m<sup>2</sup>)
- Ein Kellerraum unter dem Neubau ermöglicht die Unterbringung von Fahrrädern und Gartengeräten
- Zum Haus gehören eine Wiese, ein kleiner Gemüsegarten und ein Volleyballplatz. Durch die Kooperation mit dem TSV Haunstetten und der Stadt Augsburg stehen uns kostenlos Hallenbad, Turnhalle und Sportplätze, die sich in unmittelbarer Nähe befinden zu bestimmten Tagesstunden zur Verfügung.

---

## Kooperation und Vernetzung

---

Es besteht eine enge Kooperation zwischen Kompass Kompakt und den weiteren Einrichtungen der Kompass Drogenhilfe GmbH, (s. Punkt 3), sowie eine gute kollegiale Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern (Zentralklinikum Augsburg und Klinikum Augsburg Süd) im regionalen Umkreis. Gemeinsame Arbeitsprojekte verbinden unsere Einrichtung mit dem TSV Haunstetten und der Stadt Augsburg. Es bestehen Kooperationen zu den Gesellschaften der Augsburger Lehmbaugruppe: BAL (Holzbaugesellschaft der Augsburger Lehmbaugruppe), BBZ (Berufliches Bildungszentrum), Lan4You (Netzwerkbetreuung), SIA e. V. (Sozialpädagogisches Institut Augsburg), SIA GmbH (Gastro- und Cateringservice) und clay Consult (Beratungsfirma). Kompass Kompakt arbeitet mit regionalen und überregionalen Beratungsstellen (Drogenhilfe Schwaben, Mudra Nürnberg, Einrichtungen der Caritas und Diakonie, Beratungsstellen in den JVA´s und betriebliche Beratungsstellen) und Entgiftungen (BKH Augsburg, Kaufbeuren, Haar, Taufkirchen etc.), mit regionalen und überregionalen Nachsorgeeinrichtungen und Nachbehandlungsstellen sowie mit Vertretern der Justiz (Bewährungshelfer, Staatsanwaltschaften) zusammen. Eine weitere Kooperation besteht mit einem nahegelegenen Fitness-Studio, welches unseren Rehabilitanden eine vergünstigte Nutzung des Angebotes ermöglicht. Die Einrichtung ist im Arbeitskreis Sucht/Justiz Augsburg vertreten. Kompass Kompakt ist Mitglied des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V. und ist im Paritätischen Wohlfahrtsverband vertreten.

---

## Maßnahmen der Qualitätssicherung

---

Kompass Kompakt wurde im Dezember 2009 nach ISO 9001 und in Februar 2012 nach QMS Reha (BAR) zertifiziert. Für die Umsetzung der Qualitätsstandards sowie die Anleitung der Mitarbeiter ist eine Qualitätsmanagementbeauftragte und als interne Auditorin ausgebildete Mitarbeiterin der Einrichtung beauftragt. Einmal in der Woche werden im Rahmen der Teambesprechung zur Qualitätssicherung Optimierungsvorschläge bearbeitet. Mindestens einmal jährlich werden neben den Zertifizierungsaudits und neben spezifischen Konferenzen im Mitarbeiterteam jeweils ein internes Systemaudit sowie ein Prozessaudit durchgeführt. Dadurch ist gewährleistet, dass den Qualitätsanforderungen der DRV mit allen Folgeanforderungen (Berichtswesen, Ausstattung etc.) entsprochen wird. Im Rahmen von Fallbesprechungen wird einmal wöchentlich eine kollegiale Intervention realisiert. Zusätzliche Indikations- und Bilanzsitzungen (Klausurtagungen) finden in regelmäßigen Abständen statt. Seit Gründung der Kompass Kompakt-Therapie im Jahre 1991 findet eine regelmäßige Team- und Fallsupervision (ca. alle 4 Wochen) durch einen auswärtigen, einrichtungsunabhängigen Supervisor statt. Fortlaufende Fort- und Weiterbildungen sind als selbstverständlich anzusehen. Im Rahmen der Qualitätssicherung findet eine regelmäßige Befragung zur Rehabilitandenzufriedenheit statt. Die Einrichtung Kompass Kompakt beteiligt sich an dem Peer-Review-Verfahren zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Die Qualitätssicherung und -entwicklung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit allen anderen Kompass-Einrichtungen.

---

## Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

---

Das multiprofessionelle und multikulturelle Team arbeitet fachbezogen und disziplinübergreifend, um das integrativ umfassende Behandlungskonzept umzusetzen. Dazu ist eine gute Kommunikation und Kooperation untereinander notwendig. Die Anwendung der Computer bei der Dokumentation ermöglicht eine systematische und genaue Führung von Verlaufsnotizen und des Teambuchs. Kompass Kompakt Therapie wendet die empfohlenen statistischen Programme Patfak und BADO an.

Um die Arbeitsprozesse zu optimieren finden tägliche Besprechungen (unter organisatorischen und fallbezogenen Gesichtspunkten) in einem multiprofessionellen Team statt. Ergänzend dazu findet einmal wöchentlich eine Besprechung in Subteams Psychotherapie und Subteam Arbeitstherapie statt. Alle Besprechungen werden protokolliert.

Täglich erfolgt eine Übergabe zwischen Mitarbeitern. Die Übergabe von Nacht- an Tagdienst erfolgt täglich in der Früh, ebenso findet täglich abends eine Übergabe vom Tagdienst an den Nachtdienst statt. Die Einrichtung ist rund um die Uhr unter einer Notfallnummer für alle erreichbar. Rotierend übernehmen die hautamtlichen Mitarbeiter täglich einen Bereitschaftsdienst. Hintergrundrufbereitschaft ist durch den Arzt der Einrichtung und durch die therapeutische Einrichtungsleitung täglich gewährleistet.

Während der Arbeitszeit sind alle Mitarbeiter unter eigener Telefonnummer und eigener E-Mail-Adresse erreichbar. Somit kann die Kommunikation nicht nur über das elektronische Teambuch sondern auch über Rundmails erfolgen. Eine weitere Informationsquelle für alle Mitarbeiter stellt das QM-Portal "easyQM" dar.

Wöchentlich finden Gespräche zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements der Einrichtung statt. Die Einrichtungsleitung ist in einem flexiblen Austausch mit Qualitätsmanagementbeauftragten. Diese arbeitet im Rahmen regelmäßiger Treffen eng im Verbund mit den anderen Einrichtungen des Trägers.

Vierteljährlich finden planmäßig Konferenzen der Geschäftsführung, des ärztlichen Gesamtleiters und der Einrichtungsleiter aller Kompass-Einrichtungen statt. Es besteht ein regelmäßiger, monatlicher Kontakt zwischen der Geschäftsführung, dem ärztlichen Gesamtleiter und den Leitern der anderen Einrichtungen des Trägers, wodurch ein kollegialer Austausch möglich ist. Dies erfolgt schriftlich im gegenseitigen Austausch.

Es finden einmal pro Jahr Mitarbeitergespräche statt.

Außerdem besteht bei Bedarf die Möglichkeit außerplanmäßige Konferenzen oder

kollegiale Besprechungen einzuberufen sowie Klausurtagungen auch außer Haus zu organisieren.

Die Kommunikation nach außen ist bezüglich des Datenschutzes klar geregelt.



---

## Notfallmanagement

---

Um die Sicherheit der Mitarbeiter und Rehabilitanden zu gewährleisten, erfolgten mehrere Maßnahmen. Hierzu zählen Schulungen zum Ersthelfer, zum Umgang mit dem Defibrillator, zum Brandschutz-, Sicherheits-, Datenschutzbeauftragten etc., die unsere Mitarbeiter regelmäßig absolvieren. Ein Überblick über die Zuständigkeiten ist im Easy-QM-Portal zu finden. Über die Abläufe in Notfallsituationen sind Mitarbeiter und Rehabilitanden gleichermaßen informiert. Die genauen Abläufe sind schriftlich klar geregelt. Die Einhaltung der jeweiligen Vorschriften wird über regelmäßige Begehungen (z. B. durch den Sicherheitsbeauftragten) überprüft und anhand von schriftlichen Sicherheitsprotokollen dokumentiert. Die im Easy-QM namentlich benannten Mitarbeiter überprüfen in regelmäßigen Abständen die vorgeschriebene Ausstattung (wie z. B. Defibrillator, Feuerlöscher, Erste-Hilfe-Kasten, Notfallkoffer, Notrufmelder, Fluchtwegebeschilderung etc.). Für Rehabilitanden und Mitarbeiter hängen entsprechende Notfallpläne mit jeweils relevanten Telefonnummern aus. Die Einrichtung ist durch qualifiziertes Personal rund um die Uhr besetzt. Außerdem stehen den Rehabilitanden 2 Telefonzellen zur Verfügung. Von dort aus können sie im Notfall jederzeit bargeldlos und ohne Karte telefonieren, um im Notfall entsprechende Schritte einleiten zu können. Für notwendige Kriseninterventionen und Notfälle hält die Einrichtung zusätzlich rund um die Uhr (24 Stunden) ein Rufbereitschaftssystem bereit (Arzt, Einrichtungsleitung und Bereitschaftsdienst durch hauptamtlichen Mitarbeiter). Die Notfalltelefonnummer der Einrichtung wird jedem Rehabilitanden zu Beginn der Behandlung und durch eine Notfallkarte (für Unterwegs) mitgeteilt. Um Krisensituationen vorzubeugen, bzw. das richtige Verhalten in Notfallsituationen zu fördern erhält jeder Rehabilitand zeitnah nach der Aufnahme entsprechende Sicherheitsbelehrungen (Brandschutz-, Hygiene-, Geräte-, Sporteinweisungen etc.). Dies wird auch schriftlich dokumentiert. Es steht ein Notfallalarmsystem (u.a. Notrufmelder, Rauchmelder, Notfallsirene in der Sauna) zur Verfügung.

---

## Fortbildung

---

Um bereits durch Studium und Fortbildungen erworbenes theoretisches und praktisches Wissen zu sichern, dieses zu erweitern und zu aktualisieren ist eine Weiterbildung unabdingbar. Für die Mitarbeiter unserer Einrichtung, die Mitglieder der PTK Bayern und der Bayerischen Landesärztekammer sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und der Nervenheilkunde (DGPPN) sind, liegt eine klare Richtlinie vor. Diese weist auf Fortbildungspflicht der Kammermitglieder hin. Im Bereich der Suchtbehandlung geht es v.a. um den Erwerb neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und entsprechender Kompetenzen auf diesem Gebiet. Darüber hinaus ist Fachwissen aus den Grenzbereichen (z.B. Justiz, Politik, Sozialwissenschaften etc.) von Bedeutung. Weiterbildung liegt sehr im Interesse der Einrichtung, da dadurch die Kompetenzerweiterung und persönliche Entwicklung bei den Einrichtungsmitarbeitern gefördert wird. Mitarbeiter werden über Angebote externer Weiterbildungen und Fortbildungen (Kongresse, Symposien etc) informiert und deren Teilnahme wird seitens der Einrichtung (finanziell, zeitlich) unterstützt. Innerhalb der Kompass Drogenhilfe werden 10 interne Fortbildungsmodul zu Themen Psychiatrie/Medizin, Psychologie/Psychotherapie, Soziale Arbeit, Arbeitstherapie und Sporttherapie jeweils in zweimonatigen Abständen angeboten. Die regelmäßige Teilnahme an diesen Modulen ist verpflichtend.

Auf der Multiplikatorenbasis werden im Rahmen der Einrichtung Informationen und Kenntnisse aus den externen Fachveranstaltungen weitergegeben. Für den Bereich Datenschutz, Arbeitsschutz wurde in der Zusammenarbeit eine Online Lernplattform angeboten. Die Dokumentation und Planung von Fortbildungen erfolgt über das Qualitätsmanagement der Einrichtung. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden in der Einrichtung im zweijährigen Abstand Schulungen zum Erlangen einer Ersthelfer-Qualifizierung angeboten. Außerdem werden Angebote der Berufsgenossenschaft, wie z.B. Qualifikation zum Sicherheitsbeauftragten genutzt.

---

## Supervision

---

Supervision dient der Reflexion und Verbesserung des professionellen Handelns und gehört daher zu einem wichtigen und regelmäßigen Standard in unserer Einrichtung. Um dies zu gewährleisten führen wir einmal wöchentlich interne Fallsupervisionen in den Teambesprechungen im multiprofessionellen Team durch. Ebenso findet einmal wöchentlich im Rahmen von Subteams in den Bereichen Psychotherapie, Arbeitstherapie und im Bereich Qualitätsmanagement eine interne Supervision statt. Darüber hinaus erfolgen einmal monatlich ein Treffen aller Nacht- und Präsenzdienste und einmal wöchentlich eine Besprechung mit unseren Praktikanten unter supervisorischen und organisatorischen Aspekten. Ergänzt werden alle internen supervisorischen Maßnahmen durch eine in regelmäßigen Abständen erfolgende externe Supervision. Diese findet unter Anleitung einer qualifizierten Supervisorin einmal monatlich für die Dauer von 100 Minuten statt. Im Rahmen der externen Supervision werden sowohl Fallsupervisionen durchgeführt als auch die bestehenden Rollen- und Beziehungsdynamiken in der Therapeutischen Gemeinschaft und innerhalb des Teams reflektiert, mit dem Ziel die Qualität unserer Arbeit zu verbessern sowie die Zusammenarbeit und Entscheidungsprozesse zu stärken. Für alle Mitarbeiter besteht die Möglichkeit der Teilnahme an der Supervision. Für die hauptamtlichen Mitarbeiter ist die Teilnahme verpflichtend.

---

## Hausordnung/Therapievertrag

---

Ein Merkmal der Abhängigkeitserkrankung ist bekanntlich eine zunehmende Vernachlässigung vorhandener Interessen und Verpflichtungen und ist in der Regel mit einem zunehmenden Wegbrechen von stützenden Strukturen (geregelter Tagesablauf, Arbeitsplatz, sinnvolle Freizeitaktivitäten) verbunden. Auch ist süchtiges Verhalten dadurch gekennzeichnet, dass jegliche Grenzen zunehmend gedehnt, eigenwillig interpretiert und überschritten werden. Umso wichtiger ist es, dass Rehabilitanden, die eine Suchtbehandlung antreten von Beginn an in der Behandlungsstätte ein Setting vorfinden, das durch klare Regeln und eine klare Tagesstruktur getragen wird. Dies erleichtert eine Orientierung und unterstützt die Rehabilitanden beim (Wieder-) Aufbau innerer Strukturen und Normen und damit einer Heranführung an eine zunehmend eigenverantwortliche Lebensführung. In unserer Einrichtung steht den Rehabilitanden daher ein klares Regelwerk zu Verfügung und eine klar vorgegebene Tages- und Wochenstruktur (s. Anlage). Die Feststellung von Schwierigkeiten im Umgang mit vorgegebenen Regeln und Strukturen wird unter individuellen Gesichtspunkten thematisiert und bearbeitet. Nur wenn diese Schwierigkeiten die Qualität eines destruktiven Verhaltens annehmen wird in einem multiprofessionellen Team eine disziplinarische Entlassung erwogen und der Therapieprozess ggf. beendet. Näheres dazu unter [Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation](#) auf Seite 43.

---

## Literaturverzeichnis

---

- ASSFALG, Reinhold. (Hrsg.): *Die Kunst der Indikation. Entscheidungsprozesse in der Rehabilitation Suchtkranker*. Neuland Verlagsgesellsch., 1996 <http://amazon.de/o/ASIN/3875811690/>. – ISBN 9783875811698
- AWMF e.V.: *Aktuelle Leitlinien (Listen)*. <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>. Version: 10 2014
- BACHMANN, Meinolf ; EL-AKHRAS, Andrada: *Lust auf Abstinenz - Ein Therapiemanual bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit*. 1. Springer Berlin Heidelberg, 2009 <http://amazon.de/o/ASIN/3540892257/>. – ISBN 9783540892250
- BANDURA, Albert: *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Klett-Cotta, Stgt., 1991 <http://amazon.de/o/ASIN/312920511X/>. – ISBN 9783129205112
- BANDURA, Albert: *[Self-Efficacy The Exercise Of Control] By Bandura, Albert (Author) May-1997 [Paperback] Self-efficacy The Exercise of Control*. W.H.Freeman & Co Ltd, 1997 <http://amazon.de/o/ASIN/B00J6SICTS/>
- BASDEKIS-JOZSA, M. R. & K. R. & Krausz: *Gruppentherapie in der Suchtbehandlung. Konzepte und praktisches Vorgehen*. Klett Cotta Verlag, 2006 <http://amazon.com/o/ASIN/3608890386/>. – ISBN 9783608890389
- BATRA, Anil (Hrsg.): *Tabakabhängigkeit: Wissenschaftliche Grundlagen und Behandlung*. 1. Kohlhammer, 2005 <http://amazon.de/o/ASIN/3170186175/>. – ISBN 9783170186170
- BLANKERTZ, Stefan ; DOUBRAWA, Erhard ; ROSENBLATT, Daniel: *Gestalt Basics. Zwei Einführungen in die Gestalttherapie*. Hammer, 2003 <http://amazon.de/o/ASIN/3872949454/>. – ISBN 9783872949455
- BOESSMANN, Udo: *Struktur und Psychodynamik*. 1., Aufl. Deutscher Psychologen Verlag, 2006 <http://amazon.de/o/ASIN/3931589757/>. – ISBN 9783931589752
- BÖLLINGER, Lorenz ; STÖVER, Heino: *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik: Handbuch für Drogenberater, Eltern, Drogenbenutzer, ärzte, Juristen*. 5., Aufl. Fachhochschulverlag Frankfurt a.M. Der Verlag für angewandte Wissenschaft, 2002 <http://amazon.de/o/ASIN/3931297594/>. – ISBN 9783931297596
- BUBER, Martin: *Das dialogische Prinzip. Ich und Du. Zwiesprache. Die Frage an den Einzelnen. Elemente des Zwischenmenschlichen. Zur Geschichte des dialogischen Prinzips*. 8. unveränd. Aufl. Verlag Lambert Schneider, 1997 <http://amazon.de/o/ASIN/3795300169/>. – ISBN 9783795300166
- BUCHHOLTZ, F.: *Die Utopie des Ikaros. Stationäre Gestalt-Therapie mit Abhängigen*.

- Alternativ Verlag für Wissenschaft, Literatur und Praxis, 1991 <http://amazon.de/o/ASIN/3925627405/>. – ISBN 9783925627408
- BÜHRINGER, Gerhard: *Zur Situation der heutigen Drogenhilfe - eine kritische Würdigung der Entwicklung in den letzten Jahren und Ausblick auf zukünftige Perspektiven.* In: "Persönlichkeitsstörung diskriminierende Etikettierung oder hilfreiches Konzept in der Arbeit mit Drogenabhängigen? Dokumentation zu Fragen der Suchtproblematik, Band 11. Gemeinsame Fachtagung der Senatverwaltung für gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Referat für Drogenfragen, und der Clearinstelle für Substitution der Ärztekammer Berlin, durchgeführt am 13. und 14. Mai 1996 in Berlin
- BURTSCHIEDT, W.: *Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit: Ein Therapiemanual.* 1. Springer, Berlin, 2001 <http://amazon.de/o/ASIN/3540411593/>. – ISBN 9783540411598
- CARR, Allen: *Endlich Nichtraucher. (Zigarettschachtelformat.)*. Goldmann, 1998 <http://amazon.de/o/ASIN/3442161908/>. – ISBN 9783442161904
- DESHAZER, Steve: *Wege der erfolgreichen Kurztherapie.* 9. Auflage. Klett-Cotta /J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfol, 2005 <http://amazon.de/o/ASIN/3608955054/>. – ISBN 9783608955057
- DHS: *Teilhabe am Arbeitsleben.* Die Unterarbeitsgruppe "Teilhabe am Arbeitsleben" des Drogen- und Suchtrats der Bundesregierung, 2016
- DILLING, Horst ; MOMBOUR, Werner H. ; SCHMIDT, Martin H.: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Forschungskriterien.* Huber Hans, 2000 <http://amazon.de/o/ASIN/3456825226/>. – ISBN 9783456825229
- EBERLING, Wolfgang ; HARGENS, Jürgen: *Einfach kurz und gut, Tl.1, Zur Praxis der lösungsorientierten Kurztherapie.* Verlag Modernes Lernen, 1996 <http://amazon.de/o/ASIN/3861450828/>. – ISBN 9783861450825
- FARNBACHER, Georg (Hrsg.): *Manual zur Psychoedukation opiatabhängiger Menschen.* Lambertus-Verlag <http://amazon.de/o/ASIN/3784116744/>. – ISBN 9783784116747
- FARRELLY F., J.M. Brandsma: *Provokative Therapie.* Springer, Berlin, 2004
- FEUERLEIN, Wilhelm ; KÜFNER, Heinrich ; SOYKA, Michael ; DITTMANN, Volker ; HALLER, Reinhard: *Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie.* Thieme, Stuttgart, 1998 <http://amazon.com/o/ASIN/3135209059/>. – ISBN 9783135209050
- FEUERLEIN, Wilhelm ; KÜFNER, Heinrich ; SOYKA, Michael ; DITTMANN, Volker ; HALLER, Reinhard: *Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie.* Thieme, Stuttgart, 1998 <http://amazon.com/o/ASIN/3135209059/>. – ISBN 9783135209050
- FIEDLER, P. ; HOGREFE (Hrsg.): *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen.* 2003
- FIEDLER, Peter: *Persönlichkeitsstörungen.* BeltzPVU, 1994 <http://amazon.de/o/ASIN/3621271872/>. – ISBN 9783621271875
- FIEDLER, Peter: *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis.* BeltzPVU, 1999 <http://amazon.de/o/ASIN/3621273344/>. – ISBN 9783621273343

- FISSENI, Hermann-Josef: *Persönlichkeitsbeurteilung: Zu Theorie und Praxis des psychologischen Gutachtens. Eine Einführung.* 2., Aufl. Hogrefe-Verlag, 1992 <http://amazon.de/o/ASIN/3801701840/>. – ISBN 9783801701840
- GINGER, Serge ; GINGER, Anne: *Gestalttherapie.* BeltzPVU, 1994 <http://amazon.de/o/ASIN/3621272275/>. – ISBN 9783621272278
- GÖRLITZ, Gudrun: *Körper und Gefühl in der Psychotherapie. Basisübungen.* 1998 <http://amazon.de/o/ASIN/3790406619/>. – ISBN 9783790406610
- GRAWE, Klaus ; DONATI, Ruth ; BERNAUER, Friederike: *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession.* 5., unveränd. A. Hogrefe-Verlag, 1994 <http://amazon.de/o/ASIN/3801704815/>. – ISBN 9783801704810
- HAUTZINGER, Martin ; MEYER, Thomas D.: *Diagnostik Affektiver Störungen.* Hogrefe-Verlag, 2002 <http://amazon.de/o/ASIN/3801714578/>. – ISBN 9783801714574
- HEIDE, Martin (Hrsg.): *Individualisierung der Suchttherapie: Beiträge des zweiten Heidelberger Kongresses.* Bertuch Verlag, 1990 <http://amazon.de/o/ASIN/3926406488/>. – ISBN 9783926406484
- HINSCH, Rüdiger ; PFINGSTEN, Ulrich: *Gruppentraining sozialer Kompetenzen ( GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele.* 4., völlig neubearb. A. BeltzPVU, 2002 <http://amazon.de/o/ASIN/3621275010/>. – ISBN 9783621275019
- HÖFNER, Eleonore ; SCHACHTNER, Hans-Ulrich: *Das wäre doch gelacht!: Humor und Provokation in der Therapie.* 6., Aufl. Rowohlt Tb., 1997 <http://amazon.de/o/ASIN/3499602318/>. – ISBN 9783499602313
- ISEBAERT, Luc: *Kurzzeittherapie - ein praktisches Handbuch: Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie.* 1. Thieme, Stuttgart, 2004 <http://amazon.de/o/ASIN/3131396210/>. – ISBN 9783131396211
- JACOB, Gitta ; POTRECK-ROSE, Friederike: *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen.* 2. Klett Cotta Verlag, 2003 <http://amazon.de/o/ASIN/3608897194/>. – ISBN 9783608897197
- KLÜVER, Reymer: *Diagnostische Kriterien (DSM-IV-TR). Szenarien des Nord- Süd- Konflikts.* Hogrefe-Verlag, 2003 <http://amazon.com/o/ASIN/3801716619/>. – ISBN 9783801716615
- KRAUSZ, Michael (Hrsg.) ; SCHÄFER, Ingo (Hrsg.): *Trauma und Sucht. Konzepte - Diagnostik - Behandlung (Leben Lernen 188).* 1., Aufl. Klett-Cotta /J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachflg, 2006 <http://amazon.de/o/ASIN/360889005X/>. – ISBN 9783608890051
- KÖRKEL, Joachim ; SCHINDLER, Christine ; KÖRKEL, Joachim: *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. (German Edition).* 1. Springer, 2003 <http://amazon.com/o/ASIN/3540411577/>. – ISBN 9783540411574
- LINDENMEYER, Johannes: *Lieber schlau als blau.* Psychologie Verlagsunion, 2005 <http://amazon.com/o/ASIN/3621275622/>. – ISBN 9783621275620
- LINEHAN, Marsha M.: *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* CIP-Medien, 1996 <http://amazon.de/o/ASIN/3980307492/>. – ISBN 9783980307499
- LIPPERT, Almut: *Immer schön locker bleiben: Effektiv entspannen mit der Jacobson-*



- Methode*. 1. Dgvt-Verlag, 2007 <http://amazon.de/o/ASIN/3871595012/>. – ISBN 9783871595011
- LUBORSKY, Lester: *Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch (Kritische Studien Zur Geschichtswissenschaft)*. 3. A. Vandenhoeck und Ruprecht, 1999 <http://amazon.de/o/ASIN/3525457804/>. – ISBN 9783525457801
- MALTZ, Wendy: *Sexual Healing*. 1993 <http://amazon.de/o/ASIN/3499193264/>. – ISBN 9783499193262
- MARLATT, G. A. (Hrsg.) ; DONOVAN, Dennis M. (Hrsg.): *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. 0002. Guilford Pubn, 2008 <http://amazon.de/o/ASIN/1593856415/>. – ISBN 9781593856410
- MENTZOS, Stavros: *Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. 5., unveränd. Aufl. Vandenhoeck und Ruprecht, 2011 <http://amazon.de/o/ASIN/352540123X/>. – ISBN 9783525401231
- MENTZOS, Stavros: *Neurotische Konfliktverarbeitung*. 22. Fischer Taschenbuch Verlag, 2011 <http://amazon.de/o/ASIN/3596422396/>. – ISBN 9783596422395
- OERTER, Rolf (Hrsg.) ; MONTADA, Leo (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch*. 6., vollständig überarbeitete Aufl. Beltz Psychologie Verlags Union, 1998 <http://amazon.de/o/ASIN/3621276076/>. – ISBN 9783621276078
- PERLS, Frederick S.: *Das Ich, der Hunger und die Aggression. Die Anfänge der Gestalttherapie*. 3., unveränd. A. Klett-Cotta, Stgt., 1978 <http://amazon.de/o/ASIN/3608951555/>. – ISBN 9783608951554
- PERLS, Frederick S.: *Gestalt - Wahrnehmung*. Flach, 1981 <http://amazon.de/o/ASIN/3882630086/>. – ISBN 9783882630084
- PERLS, Frederick S. ; HEFFERLINE, Ralph F. ; GOODMAN, Paul: *Gestalt - Therapie. Wiederbelebung des Selbst*. Klett-Cotta /J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfo, 2004 <http://amazon.com/o/ASIN/360895368X/>. – ISBN 9783608953688
- PERLS, Laura: *Leben an der Grenze*. Edition Humanistische Psychologie - Ehp, 1989 <http://amazon.com/o/ASIN/3926176113/>. – ISBN 9783926176110
- PETZOLD, Hilarion G. ; SCHAY, Peter ; EBERT, Wolfgang: *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung*. 1. Vs Verlag, 2007 <http://amazon.de/o/ASIN/3810037486/>. – ISBN 9783810037480
- PHD, G. Alan M. (Hrsg.) ; GORDON, Judith R. (Hrsg.): *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. First Edition. The Guilford Press, 1985 <http://amazon.com/o/ASIN/0898620090/>. – ISBN 9780898620092
- POLSTER, Erving ; POLSTER, Miriam: *Gestalttherapie: Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie*. Kinder Verlag GmbH München, 1977 <http://amazon.de/o/ASIN/3872948725/>. – ISBN 9783872948724
- PRIOR, Manfred: *MiniMax-Interventionen: 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung*. 7. A. Carl-Auer-Systeme, 2007 <http://amazon.de/o/ASIN/389670401X/>. – ISBN 9783896704016
- REIMER, Christian ; RÜGER, Ulrich: *Psychodynamische Psychotherapien: Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. 3., vollst. neu bearb. u. aktualisierte Aufl. Springer, 2006 <http://amazon.de/o/ASIN/354025384X/>. – ISBN 9783540253846



- RONALL, Ruth ; FEDER, Bud: *Gestaltgruppen*. Klett-Cotta /J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger, 1983 <http://amazon.de/o/ASIN/3608951008/>. – ISBN 9783608951004
- SCHNEIDER, Ralf: *Die Suchtfibel*. Schneider Verlag GmbH, 2001 <http://amazon.com/o/ASIN/3896764748/>. – ISBN 9783896764744
- SCHNEIDER, Ralf: *Die Suchtfibel: Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten für Betroffene, Angehörige und Interessierte*. 13. A. Schneider Verlag Hohengehren, 2001 <http://amazon.de/o/ASIN/3896764748/>. – ISBN 9783896764744
- SCHWARZBÄCKER, F. ; BAUMANN, H. ; LACHNMAIR, G. ; KOMPASS DROGENHILFE GMBH, Piccardstraße 1. (Hrsg.): *Konzeption zur beruflichen Wiedereingliederung in der medizinischen Rehabilitation*. Kompass Drogenhilfe GmbH, 2015
- SENDER, Ingrid: *Ratgeber Borderline-Syndrom. Wissenswertes für Betroffene und deren Angehörige*. CIP-Medien, 2005 <http://amazon.de/o/ASIN/3932096053/>. – ISBN 9783932096051
- SMITH, Manuel J.: *Sage Nein ohne Skrupel*. 8. A. MVG, 2002 <http://amazon.de/o/ASIN/3478038901/>. – ISBN 9783478038904
- THUN, Friedemann S.: *Miteinander reden, Bd. 1: Störungen und Klärungen.: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. 46. Rowohlt Tb., 1981 <http://amazon.de/o/ASIN/3499174898/>. – ISBN 9783499174896
- THUN, Friedemann S.: *Miteinander reden, Bd. 2: Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. 25., Aufl. Rowohlt Tb., 1989 <http://amazon.de/o/ASIN/3499184966/>. – ISBN 9783499184963
- THUN, Friedemann S.: *Miteinander reden, Bd. 3 : Das innere Team und Situationsgerechte Kommunikation*. 14., Aufl. Rowohlt Tb., 1998 <http://amazon.de/o/ASIN/3499605457/>. – ISBN 9783499605451
- THUN, Friedemann S. ; HARS, Verena.: *Miteinander (German Edition)*. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 1998 <http://amazon.com/o/ASIN/3499605457/>. – ISBN 9783499605451
- TITZE, Michael ; ESCHENRÖDER, Christof T.: *Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen*. Fischer (Tb.), Frankfurt, 1998 <http://amazon.com/o/ASIN/3596126509/>. – ISBN 9783596126507
- TRETTER, Felix ; MÜLLER, Angelica: *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Hogrefe-Verlag, 2001 <http://amazon.com/o/ASIN/3801714500/>. – ISBN 9783801714505
- VOGT, Irmgard: *Beratung von süchtigen Frauen und Männern*. Beltz GmbH, Julius, 2004 <http://amazon.com/o/ASIN/3407221606/>. – ISBN 9783407221605
- WAGNER-LINK, Angelika: *Verhaltenstraining zur Streßbewältigung*. Klett Cotta Verlag, 2005 <http://amazon.com/o/ASIN/3608890130/>. – ISBN 9783608890136
- WALTER-HAMANN, Renate: *Frühe Schädigung, spätere Sucht? Das Konzept der Schutz- und Risikofaktoren in der Suchthilfe*. Lambertus-Verlag, 2002 <http://amazon.com/o/ASIN/3784114156/>. – ISBN 9783784114156
- WATZLAWICK, Paul: *Anleitung zum Unglücklichsein*. Piper Verlag GmbH, 2007 <http://amazon.com/o/ASIN/3492249388/>. – ISBN 9783492249386

- 
- WATZLAWICK, Paul ; NARDONE, Giorgio: *Kurzzeittherapie und Wirklichkeit*. Piper, 1999 <http://amazon.com/o/ASIN/3492041124/>. – ISBN 9783492041126
- WATZLAWICK, Paul ; WEAKLAND, John H. ; FISCH, Richard: *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Huber, Bern, 2001 <http://amazon.com/o/ASIN/3456835663/>. – ISBN 9783456835662
- YABLONSKY, Lewis: *Die Therapeutische Gemeinschaft. Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit*. 1. Juventa Verlag GmbH, 1990 <http://amazon.de/o/ASIN/3779920476/>. – ISBN 9783779920472
- YALOM, Irvin D.: *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Klett Cotta Verlag, 2007 <http://amazon.com/o/ASIN/3608890203/>. – ISBN 9783608890204
- ZINKER, Joseph: *Gestalttherapie als kreativer Prozeß*. Junfermann, 2005 <http://amazon.com/o/ASIN/3873871890/>. – ISBN 9783873871892

---

## Wochenplan

---

Abbildung 1: Wochenplan



kompass. Kompakt

Wochenplan

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
6:00 – 6:45 Möglichkeit zum Frühsport, <i>Mittwoch+ Freitag loggen</i> 7:00 – 7:20 Frühstück						
7:30 – 8:00 Morgenplenum						
7:50 – 8:00 Arztgespräch bei akuter Krankheit (Mo.-Fr.), Medikamentenausgabe 8:00 – 8:10						
8:30 – 10:00 Psychotherapeutische Kleingruppen	8:30 – 10:00 Psychotherapeutische Kleingruppen/ Indikative Gruppen**/ Arbeitstherapie	8:30 – 10:00 Großgruppe	8:30 – 10:00 Psychotherapeutische Kleingruppen	8:30 – 10:00 Themenzentrierte Gruppe	11:00 – 11:20 Brunch Individuelle, selbstgestaltete Freizeit bzw. Beschäftigung	11:00 – 11:20 Brunch Individuelle, selbstgestaltete Freizeit bzw. Beschäftigung
10:00 – 10:30 Sprechzeit in der Verwaltung						
10:30 – 11:00 Arbeitsbesprechung	10:30-12:00 KG I: SBT* KG II+III: Arbeitsbesprechung/ Arbeitstherapie	10:30 – 12:00 Indikative Gruppe Rückfallprophylaxe Arbeitsbesprechung/ Arbeitstherapie 12:15 – 12:45 Entspannungsgruppe	10:30 – 12:00 KG II: SBT* KG III: Arbeitsbesprechung/ Arbeitstherapie	10:30 – 12:00 KG III: SBT* KG III: Arbeitsbesprechung/ Arbeitstherapie 12:30 – 12:45 Entspannungsgruppe	12:00 Selbständige Kleingruppen	12:00 Selbständige Klienten-/Hausgruppe
11:00 – 11:45 Arbeitsplenum I						
12:00 – 12:45 Arbeitstherapie						
13:00 – 13:20 Mittagessen						
13:30 – 14:00 Sprechzeit und Postausgabe in der Verwaltung (Mo. – Do.)						
		13:30 – 14:30 Diagnostik				
13:30 – 14:00 Hygieneinweisung/ Sicherheitsschulung	14:00 – 15:00 Arbeitsplenum II 15:00 – 16:00 HV-Besprechung 14:00 – 14:45 Sportbesprechung 15:15 – 16:45 Handicuplauf 16:00 – 16:45 Sport freiwillig/ Freizeit	14:00 – 14:30 Freizeitbesprechung 14:30 – 16:45 Indikative Gruppe Akkupunktur Sport indikativ/ Selbständige Freizeit ohne Rauchen	13:30 – 16:45 Zeit für verschiedene Angebote z.B. Kreigruppe z.B. Indikative Gruppen*	14:00 – 15:00 Freizeitbesprechung 15:15 – 16:45 Sport freiwillig/ Selbständige Freizeit ohne Rauchen	13:00 – 18:30 Freizeit/Außenaktivitäten (im Rahmen von 4 Std.) 14:00 – 18:00 Besuche im Haus oder mit Ausgang	13:00 – 18:30 Freizeit/Außenaktivitäten (im Rahmen von 4 Std.) 14:00 – 18:00 Besuche im Haus oder mit Ausgang
17:00 – 17:30 Blitzlicht	17:00 – 17:30 Blitzlicht					
17:30 – 20:30 Ausgang max. 3h mgl.*						
18:00 – 18:20 Abendessen						
20:00 – 22:15 TV				20:00 – 23:15 TV		
22:30 – 0:00 Hygiene & Zimmerruhe				23:30 – 0:00 Hygiene & Zimmerruhe		
ab 0:00 Betruhe				ab 0:30 Betruhe		
						18:30 – 18:50 Abendessen 19:00 – 19:30 Blitzlicht ca. ab der 11. Woche Heimfahrt möglich
						20:00 – 22:15 TV 22:30 – 0:00 Hygiene, Z. ab 0:00 Betruhe

Legende: fettgedruckte Angebote = Pflichtveranstaltungen; kursiv = freiwillig bzw. nach Indikation;  
 \* = Nichtrauchertraining, Frauen-/Männergruppe; \*\* = Soziales Kompetenztraining, Orientierungsgruppe; Ernährung ; \* = Sport- und Bewegungstherapie  
 • = nach Ausgabebereitigung, mgl. ab der 5. Woche