



EVANGELISCHE KIRCHE
AN DER RUHR
DIAKONISCHES WERK

AMBULANTE REHABILITATION SUCHT

KONZEPT DES AMBULATORIUMS



Diakonie 

WWW.DIAKONIE-MUELHEIM.DE

Impressum

Herausgeber

Diakonisches Werk im Ev. Kirchenkreis An der Ruhr
Hagdorn 1a
45468 Mülheim an der Ruhr
Tel. 0208.3003223
ambulatorium@diakonie-muelheim.de
www.diakonie-muelheim.de
Oktober 2017

Verfasser

Heiko Mittelhockamp, Abteilungsleiter Ambulatorium

V.i.s.d.P.

Hartwig Kistner

Fotonachweis

shutterstock.com

Öffnungszeiten

Ambulatorium

Montag bis Donnerstag: 8.30 bis 18 Uhr
Freitag: 8 bis 17 Uhr

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Die Einrichtung/Trägerschaft	5
3	Versorgungsgebiet	7
4	Rehabilitationskonzept	7
	4.1 Theoretische Grundlagen – Persönlichkeits- und Krankheitsmodelle	
	4.1.1 Tiefenpsychologische Ansätze und Methoden in der Ambulanten Rehabilitation	
	4.1.2 Verhaltenstherapeutische Ansätze und Methoden in der Ambulanten Rehabilitation	
	4.1.3 Systemische Ansätze und Methoden in der Ambulanten Rehabilitation	
5	Aufnahmeverfahren – Therapievorbereitung vorläufige Diagnostik und Vermittlung	13
6	Indikationen für die Ambulante Rehabilitation	14
	6.1 Kontraindikationen für die Ambulante Rehabilitation	
7	Rehabilitationsdiagnostik	16
8	Rehabilitationsziele	18
9	Ablauf und Umsetzung der Ambulanten Rehabilitation	20
	9.1 Ambulante Rehabilitation	
	9.1.2 Ambulante Wiederholungsrehabilitation	
	9.1.3 Ambulante Weiterbehandlung	
	9.1.4 Ambulante Rehabilitation – nachstationär/Nachsorge	
	9.2 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche	
	9.3 Arbeitsbezogene Interventionen	
	9.4 Angehörigenarbeit	
	9.5 Rückfallmanagement	
10	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	28
11	Personelle Ausstattung – Aufgaben der Mitarbeiter	28

Inhaltsverzeichnis

12	Räumliche Gegebenheiten	30
13	Kooperation und Vernetzung	30
14	Maßnahmen der Qualitätssicherung/Dokumentation	31
15	Kommunikationsstruktur und Therapieorganisation	32
16	Fortbildungen und Supervision	32
17	Literaturverzeichnis	33
18	Anlage: Therapievereinbarung	34

Ambulante Rehabilitation Sucht (ARS)

1. Einleitung

Das Rehabilitationskonzept des Ambulatoriums beruht auf den gesetzlichen Grundlagen und Zielen der Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung (DRV) und Gesetzliche Krankenversicherung. Sie richten sich nach den entsprechenden Vorschriften des SGB V, SGB VI, SGB IX sowie nach den Vereinbarungen „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001.

Die Ambulante Rehabilitation richtet sich an den Dimensionen des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – beschrieben in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) – aus. Funktionale Gesundheit einerseits sowie Erkrankungen und ihre Folgen andererseits werden darin als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Kontextfaktoren verstanden. Beschriebene Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar und umfassen sämtliche umwelt- und personenbezogene Umstände, die positiven oder negativen Einfluss auf deren funktionale Gesundheit haben. In diesem Sinne zielt die Ambulante Rehabilitation unter Berücksichtigung der individuell relevanten Kontextfaktoren mit den vorgehaltenen Therapieangeboten darauf, den durch Krankheit und Behinderung bedingten funktionalen Einschränkungen zu begegnen und den Rehabilitanden ein möglichst eigenständiges Leben zu ermöglichen.

Ziel der ambulanten Rehabilitation ist es, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, deren Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mildern.

Das Rehabilitationskonzept des Ambulatoriums ist wissenschaftlich begründet und tiefenpsychologisch fundiert. Therapiemaßnahmen aus anderen Behandlungsansätzen finden ebenfalls Berücksichtigung.

2. Die Einrichtung/Trägerschaft

In der Trägerschaft des Diakonischen Werkes im Kirchenkreis An der Ruhr wurde das Ambulatorium im Jahr 1974 eingerichtet und trat damit die Nachfolge der „Trinkerfürsorge“ an. Das Diakonische Werk befindet sich mit seiner Zentrale auf dem Kirchenhügel in der Mülheimer Altstadt und verfügt über folgende Angebote:

- Kinder-, Jugend und Familienhilfe
 - Evangelischer Betreuungsverein
 - Stadtteil- und Migrationsarbeit
 - Offene Ganztagschule
 - Schulprojekte und Schülerhilfen
 - Schwangerschaftsberatung
 - Ambulante Suchtberatung
 - Bürgertreff „Diakonie am Eck“
- Der Bürgertreff wird unter anderem von kooperierenden Selbsthilfegruppen (SHG) genutzt.

An zwei weiteren Standorten unterhält das Diakonische Werk die Therapeutische Wohngemeinschaft und die Ambulante Gefährdetenhilfe. Innerhalb des Diakonischen Werkes besteht eine bereichsübergreifende Vernetzung, die von den Patienten des Ambulatoriums genutzt werden kann.

Durch die zentrale Lage und Nähe zum Mülheimer Hauptbahnhof lässt sich das Ambulatorium komplikationslos über den ÖPNV wie auch mit PKW etc. erreichen. Parkplätze für PKW sind ausreichend vorhanden. Die Räumlichkeiten des Ambulatoriums sind barrierefrei zu erreichen. Ein Aufzug ist vorhanden.

Seit 1974 besteht das Ambulatorium als Beratungs- und Behandlungsstelle für Alkohol- und Medikamentenabhängige und deren Angehörige. Die Angebote des Ambulatoriums umfassen die Beratung und Behandlung von Suchtkranken, deren Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen. Patienten werden beim Motivationsaufbau im Sinne einer verbesserten Selbstfürsorge unterstützt. Weiterführende Behandlungsmaßnahmen werden im Sinne der Patienten eingeleitet und vorbereitet.

Seit 2014 nehmen vermehrt jüngere Klienten mit illegalem Substanzgebrauch die Angebote der Beratungsstelle wahr. Diese Entwicklung wird nun konzeptionell berücksichtigt und entsprechend das Angebot der Ambulanten Rehabilitation Sucht bedarfsgerecht erweitert.

Seit 2006 berät das Ambulatorium Menschen mit problematischem bzw. pathologischem Glücksspielverhalten. Seit 2008 besteht ein enger Kontakt zur ortsansässigen Spieler-Selbsthilfegruppe, welche ebenso Räumlichkeiten der Diakonie nutzt. Eine Intensivierung und einhergehende Spezialisierung in der Arbeit mit vom pathologischen Glücksspiel betroffenen Menschen wird vom Ambulatorium seit 2014 vorangetrieben. Ambulante Rehabilitation/nachstationär wurde in begründeten Fällen schon erfolgreich durchgeführt. Ambulante Nachsorgebehandlungen nach stationärer Behandlung pathologischen Glücksspielverhaltens wurden ebenso durchgeführt. Über Fortbildungen werden die Mitarbeiter des Ambulatoriums kontinuierlich in diesem Bereich spezialisiert.

Das Ambulatorium führt als Behandlungsstelle seit dem 1. Juni 1992 zu Lasten der DRV Rheinland und der Krankenkassen die Ambulante Rehabilitation Sucht durch. Die Ambulante Rehabilitation Sucht wird seit 1992 ebenso zu Lasten der DRV-Bund, der DRV Westfalen und der DRV Knappschaft Bahn See durchgeführt.

Betriebliche Suchtberatung wird in einem ansässigen Mülheimer Unternehmen angeboten. In diesem Zusammenhang werden für Multiplikatoren wie Arbeitgeber, Betriebsräte, Lehrer etc. Beratungs- und Informationsangebote durchgeführt.

Informationsmaterial der Fachstelle liegt in öffentlichen Einrichtungen aus, ebenso nimmt das Ambulatorium an öffentlichkeitswirksamen Informationstagen teil.

Die lokale Presse berichtet regelhaft über die Arbeit und die Projekte der Fachstelle.

Die Fachstelle bietet eine Reihe suchtpreventiver Maßnahmen und Projekte an. Sie beteiligt sich an landes- und bundesweiten Suchtkampagnen und führt Schulungen und Fortbildungen für unterschiedliche Interessengruppen zu aktuellen Themen der Suchthilfe vor Ort durch. Ebenso engagiert sich die Fachstelle im Projekt „Sucht im Alter“. Die beschriebenen Tätigkeitsfelder werden in Vernetzung mit Ärzten, Kliniken und anderen psychosozialen Einrichtungen durchgeführt.

3. Versorgungsgebiet

Zuständigkeitsbereich des Ambulatoriums ist das Stadtgebiet Mülheim an der Ruhr mit circa 170.000 Einwohnern. Die Angebote des Ambulatoriums werden regelhaft von Menschen aus Mülheim sowie den angrenzenden Städten (Essen, Duisburg, Oberhausen) und der weiteren Umgebung wahrgenommen. Im Bereich der Ambulanten Rehabilitation Sucht für pathologische Glücksspieler besteht in Mülheim noch eine Versorgungslücke, da diese bisher von keinem Träger angeboten wird.

Aufgrund einer zunehmenden Nachfrage von Klienten aus angrenzenden Städten erkennt das Ambulatorium über den lokalen Auftrag hinaus einen regionalen Versorgungsauftrag.

4. Rehabilitationskonzept

Grundlage unseres Behandlungskonzeptes ist ein Verständnis von Sucht als multifaktoriell verursachte Krankheit in einem bio-psycho-sozialen Gefüge. Dieser Erklärungsansatz wird auch durch die Einführung des ICF in die Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter untermauert. Diesbezüglich ermöglicht die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) eine systematische Beschreibung der Wechselwirkungen auf den Ebenen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe an den Lebensbereichen eines Rehabilitanden vor dem Hintergrund seiner Lebenswelt.

Herausragendes Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, deren Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mildern.

Das Rehabilitationskonzept des Ambulatoriums ist tiefenpsychologisch orientiert. Hier liegt das gemeinsame Grundverständnis der Abhängigkeitserkrankung in Verbindung mit der begleitenden Diagnostik. Die tiefenpsychologische Orientierung bildet die Basis des therapeutischen Handelns.

In der Suchtrehabilitation hat sich das Einbeziehen und Anwenden von Behandlungsmethoden unterschiedlicher Therapieschulen bewährt und durchgesetzt. Entsprechend fließen Behandlungsmethoden weiterer Therapieschulen in das Rehabilitationskonzept des Ambulatoriums ein.

In Paar- und Familiengesprächen kommen zum Beispiel systemische Therapieverfahren zur Anwendung. Verhaltenstherapeutische Verfahren werden etwa in der Rückfallprophylaxe angewendet.

4.1 Theoretische Grundlagen – Persönlichkeits- und Krankheitsmodell

Im folgenden Kapitel beschreiben wir die theoretischen Grundlagen unserer Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten. Weiter verdeutlichen wir in diesem Abschnitt die praktische Umsetzung des theoretischen Verständnisses in der ambulanten medizinischen Rehabilitation Sucht in unserer Behandlungsstätte.

Unserem Rehabilitationskonzept liegt eine tiefenpsychologisch orientierte Konzeption zu Grunde und bildet die Basis der Behandlung. Die Behandlung wird um eine methodenintegrierte Betrachtung und

Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung erweitert. Die unterschiedlichen Zugangswege würdigen somit ebenfalls die multifaktoriellen Ursachen von Sucht und Abhängigkeit (Soyka, Kufner, 2008).

Als allgemein akzeptiert gilt heute das bio-psycho-soziale Modell der Abhängigkeit (Feuerlein, 1998), welches die Genese einer Suchterkrankung als multifaktoriell darstellt. Nach diesem Modell wird das Wechselspiel der genetischen Disposition, der Persönlichkeitsstruktur und des Strukturniveaus, der lebensgeschichtlichen Bedingungsfaktoren, der Umweltfaktoren wie auch der Suchtmitteltoleranz in Hinblick auf die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung betrachtet.

Die Einführung des ICF in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter bekräftigt diesen Ansatz und die Betrachtungsweise und Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung aus verschiedenen Blickwinkeln.

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist als dynamischer Prozess, einhergehend mit psychischen, körperlichen und sozialen Folgeschädigungen, zu verstehen. Im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung kommt es zur Verstärkung des sich selbst aufrechterhaltenden und verstärkenden pathogenen Rückkopplungsprozesses. Das Suchtmittel kompensiert und gleicht unangenehme Gefühlszustände aus. Die fortschreitende Funktionalisierung des Suchtmittels – einhergehend mit positiver wie negativer Verstärkung – begünstigt einen zunehmend auf das Suchtmittel bezogenen Lebensstil.

Die Suchterkrankung kann sich in qualitativ unterschiedlichen klinischen Bildern darstellen. Nach Rudolf (2009) haben Suchthandlungen insbesondere die Funktion, belastende und unerträgliche emotionale Zustände in erträgliche umzuwandeln. Alle Suchthandlungen dienen demselben Zweck: Sie dienen dazu, unangenehme Gefühle in angenehme zu verwandeln, wie zum Beispiel aus einem Gefühl der Leere ein Gefühl der Fülle und Freude, aus Angst Zufriedenheit, aus körperlichem oder seelischem Schmerz ein Gefühl der Zufriedenheit und aus Selbstzweifeln und Kränkung ein Hochgefühl bis hin zu einem Rausch von Größe und Allmacht werden zu lassen. Das süchtige Verhalten ist als eine unzureichende, letztendlich selbstschädigende Bewältigungsstrategie zu verstehen. Es ist ein Bemühen um Selbststabilisierung und kann in verschiedenen Lebensabschnitten und unter den verschiedensten Belastungssituationen auftreten.

„Der Rauschzustand selbst ist eine massive Regression in allen psychischen Bereichen. Bereits vor der Einnahme des Rauschmittels ist ein regressiver Zustand eingetreten, in welchem das Ich die Belastungen, Konflikte und Enttäuschungen des Alltagslebens nicht mehr aushält und nach sofortiger Entlastung und Beruhigung verlangt.“ (Rudolf, 1996).

Das Suchtmittel dient dem Abhängigkeitskranken unter anderem zur Konfliktabwehr, zur Ich-Stabilisierung und zur Selbstwertregulation. Ebenso kann es zur Abwehr von Abhängigkeitsgefühlen dienen.

Für die Betrachtung der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung aus psychoanalytischer Sicht hat sich die Unterscheidung in drei Modelle bewährt (Bilitza, 2009). Zu nennen sind hier das Triebtheoretische Modell, das Ich-Psychologische Modell sowie das Selbst- und Objekttheoretische Modell.

Nach Rost schließen sich die einzelnen Modelle nicht aus, vielmehr ergänzen sie einander und lassen eine differenzierte Betrachtung einer Abhängigkeitserkrankung zu.

Das triebpsychologische Modell, zurückgehend auf Freud, beschreibt den unlösbaren Konflikt der Instanzen Es und Über-Ich. Das Es mit seinen Impulsen in Hinblick auf Triebbefriedigung steht in Konflikt mit den Verboten und Forderungen des Über-Ichs. Drängende Triebwünsche werden verdrängt und bleiben aufgrund von Verboten unerfüllt. Die Triebpsychologie beschreibt den Aggressions- und den Sexualtrieb als treibende Kräfte. Im Sinne dieser Theorie ist Sucht als eine misslungene Lösung eines Triebkonfliktes und als Ersatzbildung anzusehen (Rost, 2009).

Das schwach entwickelte Ich löst den beschriebenen Konflikt der Instanzen Es und Über-Ich durch den Einsatz des Suchtmittels. Das Suchtmittel dient dem Lustgewinn und der Vermeidung von Unlust. Rado beschreibt den Auslöser einer Abhängigkeitserkrankung als Initialverstimmung. Das Suchtmittel wird insbesondere zum Vermeiden von Unlust eingesetzt. Verfügt das Ich über unzureichende Mittel zur Regulation drängender Affekte der Unlust, wird das Suchtmittel zum Reizschutz eingesetzt.

Das Ich-Psychologische Modell beschreibt im Unterschied zum Triebpsychologischen Modell Sucht nicht als alleinigen Ausdruck der Triebkonflikte, sondern vielmehr als einen unzureichenden Selbstheilungsversuch. Strukturelle Ich-Störungen einhergehend mit defizitären Ich-Funktionen bewirken eine geschwächte Abwehr des Ichs. Daher kann es bei einem Abhängigkeitserkrankten aufgrund der unzureichenden Affektdifferenzierung und Affekttoleranz zu existentiellen Ängsten im Sinne eines stark bedrohlichen Uraffektes kommen. Das Suchtmittel wird zur Regulation unangenehmer innerer Spannungszustände im Sinne einer Selbstheilung eingesetzt, um eine defizitäre Affekt- und Spannungsregulation, geringe Frustrationstoleranz, eingeschränkte Antizipationsfähigkeit oder eine mangelnde Realitätswahrnehmung zu kompensieren. Die Ich-Funktionen der Affekt- und Selbstregulation und der Selbstfürsorge scheinen bei Abhängigkeitserkrankten besonders eingeschränkt (Bilitza, 2009).

Nach Krystal und Raskin zeigt sich neben dem Bereich des Ichs und den Affekten unter anderem auch der Bereich der Selbst- und Objektrepräsentanzen – strukturelle Störungen vorausgesetzt – als verantwortlich für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Das Suchtmittel kann diesbezüglich als Objektersatz dienen und im Sinne einer Hilfs-Ich-Funktion tröstende und beruhigende Funktionen übernehmen. In der Entwicklung des Abhängigkeitserkrankten wurde das Primärobjekt oder Liebesobjekt häufig aufgrund zu starker Verwöhnung oder massiver Frustration ambivalent besetzt. Aufgrund der ambivalenten Objektbeziehung kann eine genug Sicherheit gebende Identifikation mit dem Objekt nicht bestehen und wirkt sich somit auf die inneren Regulationsfunktionen des Selbst negativ aus. Das Suchtmittel wird zur Abgrenzung oder zur Vermeidung von Abhängigkeit eingesetzt.

Das Selbstpsychologische Modell, auf Kohut beruhend, beschreibt Störungen in der Entwicklung des Selbst einhergehend mit negativen Auswirkungen auf die Strukturen des Selbst, welche er als Lücken beschreibt. Im Fokus stehen die Entwicklung des Selbst, dessen Integration, die Selbstwertschätzung und das Verhältnis von Selbst und Objekt. Abhängigkeitserkrankte haben in ihrer Entwicklung häufig wenig verlässliche Bindungen erfahren oder auch traumatische Beziehungserlebnisse durchlebt, die sich in strukturellen Störungen niederschlagen. In diesem Sinne konnte sich kein kohärentes Selbst entwickeln. Kohut spricht von einem primär strukturellen Defekt im Selbst. Beim Abhängigkeitserkrankten äußern sich beschriebene Defekte in einem schwer gestörten Selbstwertgefühl, einem malignen Introjekt einhergehend mit geringer Selbstachtung. Weiter verfestigt sich ein Gefühl innerer Leere oder von ständiger Zurückweisung und Verlassensein. Folge fehlender oder unzureichender Selbstobjekte sind somit innere Leere und Depression, die mit Hilfe des Suchtmittels kompensiert werden.

Objektpsychologie Ansätze stellen die Beziehung des Kindes zu seinem sozialen Umfeld und die Vorstellungen des Kindes über sich und seine Bezugspersonen in den Vordergrund. Die Anfänge der Objektpsychologie gehen auf Melanie Klein zurück. Ihrer Auffassung zufolge spielen die Beziehungen des Kindes zu den wichtigen frühen Bezugspersonen, eben den „Objekten“, eine entscheidende Rolle für die spätere Persönlichkeitsentwicklung und weitere Beziehungsgestaltung. Sie prägen die Wahrnehmung und Erwartungen eines Menschen an seine soziale Umwelt. Dabei können die Objekte nach Klein in der kindlichen Vorstellung idealisiert oder entwertet, also geliebt oder gehasst werden.

William R. D. Fairbairn betont, dass das Kleinkind von Anfang an in realistischer Art und Weise auf andere Menschen bezogen ist und diese Beziehungen die Basis für sein inneres Erleben sind. Als grundlegende Motivation des Kindes sah er nicht die Triebregungen an, sondern den Wunsch danach, Beziehungen aufzubauen. Während für Klein Liebe und Hass als fantasierte Momente in den frühen Beziehungen wichtig sind, stellt Fairbairn hingegen die tatsächliche Beziehungserfahrung des Kindes ins Zentrum. Durch ungünstige Erfahrungen, etwa die Enttäuschung des Bedürfnisses nach Zuwendung oder aber Überfürsorglichkeit, kommt es laut Fairbairn zur Herausbildung einer innerpsychischen Struktur, in der diese Erlebnisse in Form entsprechender Ich-Anteile abgespalten werden. Sucht ist hier als Folge von Beziehungsstörungen und daraus folgenden Störungen der psychischen Struktur anzusehen. In Trennungssituationen fungiert das Suchtmittel als manipulierbarer Objekterersatz. Bei narzisstischer Problematik dient das Suchtmittel der Stärkung des Größenselbst und somit ebenso zur Objektunabhängigkeit. Bei nicht genügender Anpassung an die Umwelterfordernisse wird das Suchtmittel als Hilfs-Ich eingesetzt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung als ein dynamischer, multifaktoriell bedingter Prozess zu verstehen ist. Alle drei Modelle unterstützen diese Hypothese. Die Psychodynamik einer Abhängigkeitserkrankung im psychoanalytischen Modell berücksichtigt folgende Ätiologie:

- die Biografie und Lebensgeschichte wie auch psychische Entwicklungsbedingungen
- das sich daraus entwickelnde Strukturniveau
- das Misslingen einer Anpassung an Lebenssituationen
- die daraus folgende Ausprägung einer psychischen und/oder psychosomatischen Erkrankung
- den Konsum von Suchtmitteln als Fehlanpassung bzw. ungenügenden Selbstheilungsversuch.

4.1.1 Tiefenpsychologische Ansätze und Methoden in der Rehabilitation

Wir sehen eine langfristige, tragfähige und möglichst belastbare therapeutische Beziehung für einen positiven therapeutischen Rehabilitationsprozess (vgl. Rost, 2008) als wirksam und entwicklungsfördernd im Sinne einer Nachreifung an. Unser Konzept ist so ausgelegt, dass von der Erstberatung bis zum Abschluss einer eventuellen ambulanten medizinischen Rehabilitation eine hohe Beziehungs-/Objekt Konstanz (kein Wechsel des Einzeltherapeuten nach der Beratungs- und Motivationsphase vor Beginn der Ambulanten Rehabilitation) gewährleistet wird. Idealtypisch begleitet ein Therapeut den Rehabilitanden über den gesamten Behandlungsverlauf.

Ein tragfähiges Arbeitsbündnis zwischen Patient und Therapeut dient als Basis der therapeutischen Arbeit. Die therapeutische Haltung soll von Akzeptanz und Respekt geprägt sein. Der Patient kann so ein Gefühl der Sicherheit entwickeln und in einer vorwurfsfreien, nicht verurteilenden Atmosphäre unter anderem Ängste und Schamgefühle thematisieren (Wöller und Kruse, 2001).

Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen verfügen häufig über defizitäre Ich-Funktionen mit verminderter Fähigkeit

- zur Realitätsprüfung
- zur Affekttoleranz
- zur Selbst- und Objektdifferenzierung
- zur Impulskontrolle
- zur Antizipationsfähigkeit.

Im Rahmen der Ambulanten Rehabilitation wird unter anderem die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (Heigl-Evers und Ott, 1998) angewandt, um eben diesen Patienten die Entwicklung reifer Ich-Funktionen zu ermöglichen und somit ihre beziehungsgestalterischen Fähigkeiten auszubauen. Zunächst geht es darum, den Patienten zu stabilisieren und seine Abwehr zu stärken. Hier kann der therapeutische Mitarbeiter Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen, die den Patienten befähigen sollen, sich zum Beispiel eine verbesserte Affekt- und Impulskontrolle zu erarbeiten oder eine Affektdifferenzierung zu fördern.

Im Rahmen des therapeutischen Arbeitsbündnisses kommt es nach unserem tiefenpsychologischen Verständnis zu Übertragungen durch den Patienten. Das Phänomen der Übertragung beschreibt, dass jede zwischenmenschliche Beziehung und somit auch jede therapeutische Beziehung durch Gefühle, Gedanken, Erwartungen und Verhaltensweisen geprägt sein kann, die allein aus der aktuellen Beziehungskonstellation nicht erklärbar sind (Wöller und Kruse, 2001). Vielmehr lassen sich Übertragungsphänomene als Wiederholungen früherer Beziehungsformen verstehen. Sowohl in den Einzel- als auch in den Gruppentherapien geht es darum, den Rehabilitanden ein Wahrnehmen und Verstehen dieser Prozesse zu ermöglichen, um eine Weiterentwicklung bzw. Nachreifung anzustoßen und voranzutreiben. Somit sollen Rehabilitationsziele wie die Förderung der Ich-Funktionen und der Selbstwertregulation erreicht werden. Der Bezugstherapeut beantwortet die verzerrten Beziehungsangebote des Rehabilitanden als präsenter Interaktionspartner im Sinne eines Hilfs-Ichs (Bilitza, 2008) in moderater Form. Somit wird dem Rehabilitanden eine neue Beziehungserfahrung ermöglicht. Er kann seine Verzerrungen und Reaktionen wahrnehmen und gewinnbringend bearbeiten.

Um dies zu gewährleisten, kommt der Gegenübertragung der Bezugs- und Gruppentherapeuten ebenso eine wichtige Rolle zu. Unter Gegenübertragung ist die Gesamtheit aller emotionalen Reaktionen, die im Kontakt mit dem Rehabilitanden aufkommen, zu verstehen – mögen sie ihren Ursprung im Patienten oder im Therapeuten haben (Heimann 1950). Im Rahmen von eigenen Reflexionen, Fallbesprechungen und Supervisionen werden die Gegenübertragungsreaktionen der therapeutischen Mitarbeiter reflektiert. Die Gegenübertragungsanalyse kann im therapeutischen Prozess genutzt werden, um ein besseres Verständnis für den Rehabilitanden zu erlangen. Durch die Analyse der bei der Gegenübertragung aufkommenden Affekte der Bezugs- und Gruppentherapeuten wird es dem Rehabilitanden ermöglicht, eine neue Beziehungserfahrung zu machen. Die Bezugs- und Gruppentherapeuten reagieren nicht ablehnend oder ihre Affekte ausagierend, so wie frühere Bezugspersonen (Wöller und Kruse, 2001). Vielmehr ermöglichen sie dem Rehabilitanden eine Weiterentwicklung und Nachreifung.

Im Rahmen unseres tiefenpsychologisch fundierten Behandlungskonzeptes kommen auch kognitiv-verhaltenstherapeutische und systemisch-lösungsorientierte Methoden zur Anwendung und aus ihnen abgeleitete Vorgehensweisen werden in die Behandlung integriert (Stetter, 2000).

4.1.2 Verhaltenstherapeutische Ansätze und Methoden in der Rehabilitation

Der Verhaltenstherapeutische Ansatz geht davon aus, dass Defizite in der sozialen Kompetenz häufig an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung beteiligt sind. Hier werden die Faktoren unterschieden, die zur Entstehung und zur Aufrechterhaltung des Suchtmittelkonsums beigetragen haben. Der Suchtmittelkonsum dient hier häufig der Steigerung positiver oder der Verminderung negativer Affekte. Im Sinne einer unzureichenden Bewältigungsstrategie dient das Suchtmittel somit zur Affekt- und Spannungsregulation.

So kommen in der individuellen Problemanalyse und Rehabilitationsplanung der Rehabilitanden verhaltenstherapeutische Sichtweisen und Methoden zum Tragen. Insbesondere motivationale Unterstützung im Hinblick auf die Veränderungsmotivation der Rehabilitanden und rückfallpräventive Maßnahmen sind hier zu nennen.

Der Rehabilitand wird dabei unterstützt, durch den Aufbau und die Erprobung alternativer Bewältigungsstrategien seine Handlungsfähigkeit zurückzuerlangen und durch einhergehende positive Verstärkungen eine Abstinenzzuversicht zu entwickeln sowie alternative Strategien zur Affekt- und Spannungsregulation zu erlangen.

Motivationale Veränderungsprozesse werden über den gesamten Behandlungsverlauf therapeutisch begleitet und unterstützt. Basierend auf dem Veränderungsmodell nach Prochaska und DiClemente wird von einer jeweils unterschiedlichen Veränderungsmotivation der Rehabilitanden ausgegangen, die vom Stadium der Absichtslosigkeit über das der Absichtsbildung und Vorbereitung bis zum Handlungsstadium reicht. Beschriebene Prozesse werden aus einer empathischen und transparenten therapeutischen Haltung heraus begleitet. Hierbei werden die Autonomie und Eigenverantwortung des Rehabilitanden gewahrt, um seine Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken und ihn zu Verhaltensänderungen auf der Handlungsebene zu ermutigen (Wittchen, Hoyer, 2006).

Insbesondere in der Rückfallprävention kommen verhaltenstherapeutische Methoden zum Einsatz. In diesem Zusammenhang orientieren sich die Interventionen und Methoden an dem Modell des Rückfallgeschehens nach Marlatt und Gordon. Ungeeignete Bewältigungsstrategien, persönliche Risikosituationen und belastende kognitive und emotionale Entwicklungen der Rehabilitanden können im Vorfeld herausgearbeitet und analysiert werden. Rehabilitanden werden in der Sensibilisierung ihrer Wahrnehmung geschult und werden bei der Entwicklung eines persönlichen Frühwarnsystems unterstützt. Durch Verhaltenstraining, welches Entspannungsmethoden, Ablehnungs-, Selbstsicherheits- und Kommunikationsübungen beinhaltet, werden Rehabilitanden in ihren Handlungskompetenzen gefördert, um Rückfällen aktiv entgegenwirken zu können. Einübung weiterer kognitiver Strategien wie Reframing und Problemlösungstechniken stärken die Rehabilitanden im Kontext der Rückfallprävention ebenso.

4.1.3 Systemische Ansätze und Methoden in der Rehabilitation

Systemisch-lösungsorientierte Ansätze beziehen relevante Personen – im Wesentlichen Familienmitglieder wie Partner, Eltern und Kinder – systematisch in die Behandlung ein. Kerngedanke der Systemischen Therapie ist die Annahme, dass der Schlüssel zum Verständnis und zur Veränderung von Problemen weniger in der behandelten Person allein liegt, sondern im (familiären) Zusammenhang, in dem das Problem steht, zu finden ist.

Systemische Methoden sind an Beziehungsprozessen der Personen interessiert, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankung beteiligt und daher auch für Veränderungs- und Lösungsprozesse von Bedeutung sind. Die Abhängigkeitserkrankung wird unter anderem als Störung zum Beispiel des familiären Systems verstanden und als unzureichender Anpassungsprozess angesehen, bei innerfamiliären Konflikten oder auch traumatischen Ereignissen. Hier kann es sich um Krankheiten, Ehekonflikte, Tod eines Familienmitgliedes wie auch eingetretene Arbeitslosigkeit oder den Ablösungsprozess der Kinder handeln. Die Abhängigkeitserkrankten übernehmen hier häufig die Rolle des Symptomträgers (Soyka, Küfner, 2008) und die co-abhängigen Mitbetroffenen stabilisieren das dysfunktionale System durch ihr Verhalten oder ihre Handlungen. Insofern werden während der Behandlung wichtige Bezugspersonen im Rahmen von Paar- und Familiengesprächen einbezogen. Der Abhängigkeitserkrankte vollzieht in diesem Zusammenhang Veränderungen nicht alleine und losgelöst von seinem Bezugssystem. Durch die systemische Betrachtung kann der Abhängigkeitserkrankte entlastet werden, indem untaugliche Anpassungsprozesse und Rollenverteilungen innerhalb des Bezugssystems bewusst gemacht werden können. Belastende und ungenügende Beziehungs- und Verhaltensmuster können somit konstruktiven Lösungen und Veränderungen unter Einbezug des Bezugssystems zugeführt werden. Kohärenz und Eigenkompetenz sowie Verantwortung des Abhängigkeitserkrankten werden so gefördert (Kröger und Altmeyer, 2000). Bezugspersonen finden ebenfalls Entlastung, maladaptive Beziehungsmuster können aufgelöst werden. Elternteile können über kritische Reflexion wieder in die Verantwortlichkeit ihrer Elternrolle wachsen und Parentifizierung der Kinder innerhalb des Bezugssystems kann aufgelöst werden. Beschriebene Prozesse führen ebenso zu einem verbesserten Selbstwahrnehmen des Abhängigkeitserkrankten.

5. Aufnahmeverfahren – Therapievorbereitung, Motivation, vorläufige Diagnostik und Vermittlung

Im Vorfeld der Ambulanten medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte im Ambulatorium wird eine mindestens vier- bis sechswöchige Beratungs- und Motivationsphase durchgeführt. Beginnend mit dem Erstkontakt begleiten diagnostische Fragen den Beratungs- und Behandlungsprozess. Nach dem Erstkontakt schließt sich bei Bedarf eine weitere Beratungsphase an. Der Patient erhält einen Einzeltherapeuten und besucht die Motivationsgruppe des Ambulatoriums. In der Beratungs- und Motivationsphase werden allen Klienten Einzel- und Gruppengespräche angeboten. Bei Bedarf werden Bezugspersonen einbezogen. Während der Beratungs- und Motivationsphase werden folgende Grunddaten erhoben und eine vorläufige Diagnostik erstellt:

- Motivation und Behandlungseinsicht
- Anamnese-Erhebung zur Erfassung der Lebensgeschichte und Persönlichkeitsentwicklung des Patienten
- Analyse der aktuellen Lebenssituation mit den Bereichen Arbeit/Leistung, Familie und soziales Netz, materielle Basis, körperliche Verfassung und Freizeitverhalten
- Suchtentwicklung mit den Aspekten Beginn, Verlauf, Ausprägung und Folgeschäden
- Erfassung der Behandlungserwartungen, weitergehender persönlich wesentlicher Ziele und Lebenspläne sowie der individuellen Ressourcen zur Mitwirkung bei der Gestaltung und Umsetzung von erwünschten Veränderungsprozessen

Ziel der Beratungs- und Motivationsphase ist es, den Patienten zu ermöglichen, ihren Suchtmittelkonsum kritisch zu hinterfragen und zu reflektieren wie auch zumindest eine vorläufige Abstinenzentscheidung zu treffen. Im weiteren Verlauf werden die Patienten über weiterführende Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten informiert, so dass entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden können. Dazu gehören:

- ggf. Beantragung/Vermittlung einer stationären Rehabilitation
- ggf. Einleitung der Durchführung einer stationären Entgiftungsbehandlung

Bei vorliegender Indikation für eine ambulante medizinische Rehabilitation erfolgt die Antragstellung (Rehabilitationsantrag des Abhängigkeitserkrankten, ärztlicher Befundbericht und Sozialbericht unserer Beratungsstelle) beim zuständigen Kosten- und Leistungsträger. Dieser entscheidet über den Antrag und somit über Art, Dauer und Ort gemäß der gesetzlichen Regelungen im SGB V und SGB VI.

6. Indikationen für die Ambulante Rehabilitation

Die Ambulante Rehabilitation Sucht des Ambulatoriums eignet sich grundsätzlich für volljährige Rehabilitanden mit einem Abhängigkeitssyndrom von:

- Alkohol (ICD-10: F10.2)
- Stimulanzien (ICD-10: F15.2)
- Cannabinoide (ICD-10: F12.2)
- Sedativa und Hypnotika (ICD-10: F13.2)
- Kokain (ICD-10: F14.2)
- Multiplen Substanzen (ICD-10: F19.2)

Für Rehabilitanden, bei denen eine Alkoholabhängigkeit (F10.2) nicht im Vordergrund steht, bei denen allerdings eine Abhängigkeitserkrankung im Sinne der ICD-10 (F1x.2) wie aufgeführt vorliegt, kann das Angebot der Ambulanten Rehabilitation des Ambulatoriums unter bestimmten Voraussetzungen und gezielter vorausgehender Überprüfung in Frage kommen. Insbesondere jüngere Patienten, die nicht selten noch sozial integriert sind, deren Erwerbsfähigkeit allerdings bereits gefährdet oder beeinträchtigt ist, kommen für das Angebot in Frage. Sie befinden sich häufig noch in Ausbildung, suchen einen Einstieg ins Berufsleben oder sind beruflich schon etabliert. Als Voraussetzung gilt ebenso, dass die Lebensrealität letztgenannter Patientengruppe vergleichbar mit der Lebensrealität der Patienten mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sein sollte. Die Patienten sollten gut in die Therapiegruppe integrierbar sein.

Bei Suchterkrankungen ist das Vorliegen komorbider psychischer Störungen häufig. Hierzu gehören insbesondere Angstneurosen, Somatisierungsstörungen, somatoforme Schmerzstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen, affektive Störungen und stabil eingestellte psychotische Störungen. Beim Vorliegen der genannten Gesundheitsstörungen ist häufig eine ambulante Rehabilitation möglich, wenn der Rehabilitand stabil eingestellt ist und sich in fachärztlicher Behandlung befindet. Der Beratungsstellenarzt stellt diese Begleitdiagnosen fest, erhebt die Krankheitsvorgeschichte und stellt die Indikation zur Ambulanten Rehabilitation, gegebenenfalls im Zusammenwirken mit weiteren behandelnden und vorbehandelnden Ärzten.

Bei vielen Patienten liegen auch somatische Folge- und Begleiterkrankungen vor. Solange diese nicht eine eigenständige stationäre oder teilstationäre Behandlung erfordern und durch sie die Rehabilitationsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, ist auch in diesen Fällen häufig eine Ambulante Rehabilitation möglich, wenn der Rehabilitand stabil eingestellt ist und sich in fachärztlicher Behandlung befindet. Der Beratungsstellenarzt stellt auch das Vorliegen dieser Begleit- und Folgeerkrankungen fest, erhebt die Krankheitsvorgeschichte und stellt hier ebenfalls die Indikation zur Ambulanten Rehabilitation, gegebenenfalls im Zusammenwirken mit weiteren behandelnden und vorbehandelnden Ärzten.

Voraussetzung für eine Ambulante Rehabilitation Sucht ist das Vorhandensein einer stützenden sozialen Integration und die Bereitschaft und das Vermögen zur Akzeptanz und Umsetzung von Therapie-richtlinien unter ambulanten Bedingungen.

Folgende Voraussetzungen (gemäß Anlage 3 der Vereinbarungen Abhängigkeitserkrankungen vom 4. Januar 2001) auf Seiten der Rehabilitanden müssen zur Teilnahme an der Ambulanten Rehabilitation vorhanden sein:

- abgeklungenes Entzugssyndrom, mindestens dreiwöchige Abstinenz
- Bereitschaft und Fähigkeit zu längerfristiger Abstinenz
- Vorhandensein eigenen Wohnraumes und stützender sozialer Bezüge
- Freiwilligkeit und Einverständniserklärung zum Therapievertrag
- Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und zur Einhaltung von Absprachen und Behandlungsvereinbarungen
- Ausreichende Mobilität – der Rehabilitand muss in der Lage sein, die Einrichtung in circa 45 Minuten zu erreichen bzw. nach Hause zurückzukehren
- kein Vorliegen akuter Suizidalität oder Fremdgefährdung
- ausreichende berufliche Integration, wobei Arbeitslosigkeit und fehlende Erwerbstätigkeit kein Ausschlusskriterium für eine ambulante Entwöhnung darstellen.
- Langzeitarbeitslosigkeit stellt dann kein Ausschlusskriterium dar, wenn durch die Ambulante Rehabilitation drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Erwerbsleben abzuwenden, zu beseitigen oder zu mindern sind. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt Kontakte zum örtlichen Jobcenter und Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Teilhabe können wohnortnah unterstützt werden.
- ausreichende deutsche Sprachkompetenz
- vor Beginn der Maßnahme muss eine Leistungszusage vorliegen

6.1 Kontraindikationen für die Ambulante Rehabilitation

Eine ambulante Rehabilitation kann nicht erfolgen, wenn schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialen Gebiet vorliegen. Hierzu gehören insbesondere:

- seelische oder körperliche Gesundheitsstörungen, die gegenwärtig eine eigenständige stationäre Behandlung erfordern oder die Rehabilitationsfähigkeit erheblich beeinträchtigen (zum Beispiel nicht stabil eingestellte Psychose, affektive Störung mit akuter Suizidgefährdung, dekompensierte Leberzirrhose)
- Behinderungen aufgrund ausgeprägter, voraussichtlich nicht reversibler hirnorganischer Schäden oder Minderbegabung, die eine sinnvolle Teilnahme am therapeutischen Angebot ausschließen
- pathogenes soziales Umfeld, welches eine Herausnahme aus selbigem erfordert, um Rehabilitationserfolg zu ermöglichen
- soziale Desintegration
- fehlender Wohnraum
- Unfähigkeit zur Abstinenz im ambulanten Setting
- berufliche Desintegration, welche spezifische Leistungen zur beruflichen Reintegration notwendig werden lassen, die ambulant nicht erbracht werden können

Ist eine ambulante Rehabilitation nicht indiziert, wird gegebenenfalls eine Vermittlung in eine stationäre oder ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung eingeleitet. Sollte sich erst im ambulanten Rehabilitationsverlauf verdeutlichen, dass eine stationäre Rehabilitationsform indiziert ist, wird eine entsprechende Umwandlung geprüft und in Absprache mit dem Kosten- und Leistungsträger eingeleitet. Mit stationären Rehabilitationseinrichtungen in der Region, wie der Fachklinik Haus Siloah/ Fliedner Krankenhaus oder der Fachklinik St. Camillus, bestehen gute Kooperationsbeziehungen.

7. Rehabilitationsdiagnostik

Die Diagnostik im Rahmen der Ambulanten Rehabilitation ist als fortlaufender Prozess zu verstehen und auf Grundlage der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan entwickelt und es werden Rehabilitationsziele vereinbart. Die Erstellung des individuellen Rehabilitationsplans erfordert eine umfassende Diagnostik durch die unterschiedlichen Berufsgruppen des multiprofessionellen Rehabilitationsteams. Ziel der Diagnostik ist die Erfassung von aktivitäts- und teilhaberelevanten Funktionsstörungen unter Einbeziehung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit, der individuellen Kontextfaktoren (Förderfaktoren und Barrieren) auf der Basis der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF). Zudem erfolgt eine medizinische Diagnostik nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD) nach der aktuell gültigen Ausgabe. Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen veranlasst werden. Die Diagnostik umfasst somit ebenso eine entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik in Hinblick auch auf Behandlungsmaßnahmen bezüglich komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen. Die verschiedenen Teilbereiche der Diagnostik werden vom Rehabilitationsteam zusammengetragen und führen zu einer vorläufigen Diagnose mit entsprechender individueller Rehabilitationsplanung.

Folgende Ausführungen beschreiben die Diagnostik in der ambulanten Rehabilitation konkret:

Die Entscheidung für eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme setzt zunächst die Akzeptanz einer Abhängigkeit durch den Rehabilitanden/die Rehabilitandin voraus. Im Verlauf der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme wird dann auf verschiedenen Ebenen ein diagnostischer Prozess durchgeführt, der sich an einem bio-psycho-sozialen Modell orientiert.

Es erfolgt die diagnostische Abklärung bezüglich:

- der Indikation
- bestehender Störungsbilder und damit verbundener Einschränkungen
- bestehender Ressourcen
- körperlicher Faktoren und möglicher Erkrankungen.

Die persönlichen Ziele für die Maßnahme sind in der Regel bei der Erstellung des Sozialberichtes geklärt worden, müssen gegebenenfalls konkretisiert oder modifiziert werden. Im Ergebnis werden die verschiedenen somatischen, psychiatrischen und psycho-sozialen Ergebnisse zusammengefasst, entsprechend der Leitlinien des ICD 10 klassifiziert und unter Einbezug der persönlichen Zielsetzung zur individuellen und zielgerichteten Diagnosestellung, Planung und Überprüfung des Rehabilitationsprozesses benutzt.

Somatisch-psychiatrische Diagnostik

Die ärztliche Eingangsdiagnostik umfasst eine allgemeinmedizinische, neurologische und psychiatrisch-psychotherapeutische Untersuchung. Der Beratungsstellenarzt bewertet dabei die Körperfunktionen und -strukturen und setzt sie in Beziehung zu den individuellen Teilhabemöglichkeiten des Rehabilitanden. Insbesondere bewertet er vorliegende Gesundheitsstörungen im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

Der Beratungsstellenarzt arbeitet dabei, falls erforderlich, mit den behandelnden niedergelassenen Ärzten zusammen und stellt den notwendigen Informationsaustausch sicher. Er fordert relevante Befundunterlagen an und bewertet insbesondere auch die angeordnete Medikation im Hinblick auf ein etwaiges Suchtpotenzial. Von besonderer Bedeutung ist bei der medizinischen Rehabilitation Suchterkrankter ein kritischer Umgang bei der Verordnung – auch nicht Sucht erzeugender – psychotrop wirkender Substanzen. Deshalb wird der Beratungsstellenarzt beim Vorliegen komorbider psychischer Störungen gemeinsam mit dem Rehabilitanden – und gegebenenfalls auch den behandelnden Ärzten – die medikamentöse Therapie in diesem Sinne besprechen.

Auf dem Hintergrund der von ihm erhobenen Befunde regt der Beratungsstellenarzt gegebenenfalls zusätzliche externe Untersuchungen an.

In der ambulanten medizinischen Rehabilitation finden mindestens eine ärztliche Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung statt. Weitere Termine können insbesondere bei krisenhaften Zuspitzungen, bei Änderungen einer extern verordneten psychotropen Medikation oder bei Rückfällen in die Suchterkrankung notwendig werden.

Bei Beendigung der Rehabilitation bewertet der Beratungsstellenarzt abschließend die Leistungsfähigkeit im allgemeinen Leistungsprofil und vor dem Hintergrund der letzten versicherungspflichtigen

Tätigkeit und fasst diese Bewertung in der sozialmedizinischen Epikrise des Reha-Entlassungsberichts zusammen.

Psycho-soziale Diagnostik

Zu Beginn der Maßnahme wird (bei Bedarf) eine Sozial- und Suchtanamnese erhoben. Liegt eine solche bereits vor, wird sie gegebenenfalls differenziert. Darüber hinaus wird eine testdiagnostische Eingangsuntersuchung durchgeführt. Durch die psycho-soziale Diagnostik zu Beginn der Maßnahme sollen Arbeitsschwerpunkte für die konkrete Therapieplanung konkretisiert, gegebenenfalls Hinweise auf komorbide Störungen erfasst und überprüft sowie eine Verlaufsüberprüfung ermöglicht werden.

Sozialanamnese

Dazu gehören:

- Angaben zur familiären Entwicklung, zur Schulbildung sowie zum beruflichen Werdegang
- Angaben zur aktuellen familiären, beruflichen und sozialen Situation
- Angaben zur Tagesstruktur, Freizeitinteressen usw.
- Erfassung von besonders belastenden Lebensereignissen, Krisen, traumatischen Erfahrungen etc.
- Klärung bestehender sozialer Beeinträchtigungen in den relevanten Lebensbereichen

Suchtanamnese

Dazu gehören Angaben bezüglich:

- der Art des Suchtmittels und möglicher weiterer Abhängigkeiten oder eines Missbrauchs anderer Stoffe (aktuell und in der Vergangenheit),
- der Abhängigkeitsentwicklung, bestehender Konsummuster, Versuchen der Konsumkontrolle sowie Zeiten der Abstinenz
- körperlicher, seelischer und sozialer Folgen der Abhängigkeit
- bisheriger Kontakte zu Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, erfolgter Behandlungen, Kontakten zu einer Selbsthilfegruppe (SHG)
- der Entwicklung von Hypothesen zur Funktion des Suchtmittels.

Testdiagnostik

Zu Beginn der Maßnahme werden folgende standardisierte Testverfahren durchgeführt:

- ICD 10 Symptom-Rating (ISR)
- Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)

Sollten sich hierdurch oder durch die Anamnese Anhaltspunkte für möglicherweise vorliegende sonstige psychische Erkrankungen ergeben, werden je nach Indikation folgende Verfahren eingesetzt:

- Symptom-Checklist-90 zur Erfassung der subjektiv erlebten Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome sowie der damit verbundenen psychischen Belastung
- Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II) zur Erfassung der Schwere einer vorliegenden Depression
- Borderline-Symptom-Liste (BSL-23)
- Childhood Trauma Questionair (CTQ)

Außerdem werden, bezogen auf die spezifischen vorliegenden Suchtthemen, folgende Verfahren im Rahmen der Eingangsdiagnostik angewendet:

- das Trierer Alkoholismusinventar (TAI) bei Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch
- der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) und der Schweriner Fragebogen zum Glücksspiel (SFG) bei Glücksspielsucht
- der Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch (KPC)

Bei unklaren Angaben zu sonstigen, möglicherweise bestehenden Abhängigkeiten werden zur diagnostischen Erfassung je nach Indikation der Lübecker Alkoholismus Screening Test (LAST), der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) sowie der Selbsttest zur Medikamentenabhängigkeit der Ambulanten Suchthilfe Bonn eingesetzt.

Neben der Testdiagnostik finden eine Verlaufsüberprüfung durch Besprechung der Verhaltensbeobachtungen im Team und in der Supervision sowie Reflexion der erlebten Veränderungen mit den Rehabilitanden statt. Sollten sich während des Verlaufs Hinweise auf neue Symptomentwicklungen ergeben, werden diese entsprechend diagnostisch abgeklärt.

Zum Abschluss der Behandlung werden zur Erfolgskontrolle standardmäßig die folgenden Instrumente eingesetzt:

- das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)
- bei Glücksspiel der Schweriner Fragebogen zum Glücksspiel (SFG)
- Bochumer Veränderungsfragebogen

Die Ergebnisse werden, kombiniert mit Verhaltensbeobachtungen des Teams und der Selbsteinschätzung des Rehabilitanden/der Rehabilitandin, zur Einschätzung von Veränderungen während der Behandlungszeit genutzt. Entsprechend können, sofern indiziert, Maßnahmen zur Nachsorge (zum Beispiel weiterführende Psychotherapie) eingeleitet werden.

8. Rehabilitationsziele

Ziel der ambulanten Suchtrehabilitation ist es, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, deren Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mindern. Der Rehabilitand soll befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und im Ausmaß auszuüben, die für seine Lebensumstände als typisch erachtet werden können.

Insbesondere sind folgende Ziele zu nennen:

- das Erreichen und die Erhaltung einer Suchtmittelabstinenz
- die Behebung und der Ausgleich körperlicher und seelischer Störungen
- die Wiederherstellung einer dauerhaften Erwerbsfähig- und Erwerbstätigkeit wie auch die dauerhafte Möglichkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Weiter richten sich die individuellen Rehabilitationsziele an den Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabebereichen nach ICF aus. Häufig finden sich Beeinträchtigungen in den Bereichen „Lernen und Wissensanwendung“, „Kommunikation“, „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“, „Mobilität“, „Erziehung und Bildung“ sowie „Arbeit und Beschäftigung“.

Entsprechend werden zu Beginn der Behandlung gemeinsam mit jedem Rehabilitanden individuelle Ziele für die Ambulante Rehabilitation besprochen und vereinbart. Die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ermitteln unter Federführung des leitenden Fachstellenarztes gemeinsam mit dem Rehabilitanden dessen funktionelle Beeinträchtigungen, deren Ausprägungsgrad und einhergehende Kontextfaktoren, um individuelle Therapieziele im Sinne des Rehabilitanden zu formulieren. Die vereinbarten Ziele werden im laufenden Rehabilitationsprozess überprüft und, wenn notwendig, verändert oder angepasst.

9. Ablauf und Umsetzung der Ambulanten Rehabilitation

Im Folgenden wird die Umsetzung der Ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter im Ambulatorium beschrieben und die prägenden Rehabilitationselemente differenziert dargestellt. Vier verschiedene Angebotsformen lassen sich diesbezüglich unterscheiden:

- Ambulante Rehabilitation
- Ambulante Wiederholungsrehabilitation
- Ambulante Weiterbehandlung
- Ambulante Rehabilitation – nachstationär/Nachsorge

Alle angebotenen Formen haben folgende Gemeinsamkeiten: Bei allen angebotenen Formen wird die Behandlung in Kombination von Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt. In der Regel werden zwei Therapieeinheiten pro Woche (50 Minuten Einzeltherapie, 100 Minuten Gruppentherapie) durchgeführt. Vor Beginn der Maßnahme muss eine Kostenzusage vorliegen und ein Rehabilitationsvertrag zwischen dem Ambulatorium und dem Rehabilitanden abgeschlossen sein, der die Rechte und Pflichten der Vertragspartner ausführt.

Die Angebote der Ambulanten Rehabilitation finden bedarfsgerecht und berufsbegleitend überwiegend in den frühen Abendstunden (18 Uhr) statt.

9.1 Ambulante Rehabilitation

Die Ambulante Rehabilitation sieht eine Rehabilitationsdauer von bis zu zwölf Monaten vor. Insgesamt sind bis zu 80 Therapieeinheiten möglich. Weiter werden bis zu acht Gesprächseinheiten mit Bezugspersonen vorgehalten, die bei Bedarf stattfinden. In begründeten Einzelfällen kann die Ambulante Rehabilitation auf maximal bis zu 18 Monate und insgesamt bis zu 120 Einheiten und maximal zwölf Gesprächseinheiten mit Bezugspersonen nach Zustimmung des Rehabilitationsträgers verlängert werden. In der Regel werden wöchentlich ein therapeutisches Einzelgespräch (50 Minuten) und eine therapeutische Gruppensitzung (100 Minuten) durchgeführt. Mehr als zwei Rehabilitationseinheiten pro Tag und Rehabilitand sind nicht vorgesehen und entsprechend nicht abrechenbar. Die ambulante medizinische Rehabilitation ist auf einen kontinuierlichen Rehabilitationsverlauf ohne größere Unterbrechungen ausgerichtet. Liegt ein längerfristiges, krankheitsbedingtes Fehlen des Rehabilitanden vor, wird seitens der Einrichtung Kontakt mit dem Rehabilitationsträger aufgenommen.

Im Rahmen der zwölfmonatigen Rehabilitation wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden an der Umsetzung folgender Schwerpunkte und Zielsetzungen gearbeitet.

In Hinblick auf die Krankheitsbewältigung:

- Vertiefung der Krankheitseinsicht, Entwicklung einer emotionalen Akzeptanz der Abhängigkeitserkrankung
- Festigung und Erhalt der Abstinenz
- Förderung einer selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Lebensweise
- Erarbeiten der Funktionalität des Suchtmittels
- Rückfallprävention
- Verbesserung der Ich-Funktionen (zum Beispiel Frustrationstoleranz, Affektregulation und -differenzierung, Antizipationsfähigkeit)
- Förderung von Nachreifungsprozessen

In Hinblick auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Verbesserung der beruflichen Teilhabe:

- Erarbeitung und Reflektion einer adäquaten, abstinenzfördernden Tagesstruktur
- Sozialberatung zur Ermittlung beruflicher Ziele und Perspektiven
- Herausarbeiten von Stärken und Schwächen im Rahmen der Erwerbstätigkeit und -fähigkeit
- Verbesserung der beruflichen Leistungs- und Belastungsfähigkeit
- Klärung der individuellen Erwerbssituation
- Klärung der beruflichen Perspektive (zum Beispiel Anspruchsklärung für Eingliederungsmaßnahmen und Umschulungen, sonstige berufliche Rehabilitationsmaßnahmen in Kooperation mit den zuständigen Reha-Fachdiensten)
- Klärung für Arbeitsplatzrückkehrer (zum Beispiel Klärung innerbetrieblicher Veränderungen, Rückkehrvorbereitung an den Arbeitsplatz)

In Hinblick auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben:

- Förderung sozialer Kompetenzen wie Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zum Ausbau der beziehungsgestalterischen Fähigkeiten
- Klärung der finanziellen und juristischen Situation
- Aufbau und Intensivierung von Freizeitaktivitäten
- Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Selbstwahrnehmung
- Verbesserung der Körperfunktionen und Körperstrukturen

Die Behandlung im Rahmen der Ambulanten Rehabilitation teilt sich in drei Phasen, die als Richtwerte anzusehen sind. Die Behandlungsphasen können im Rahmen der fortlaufenden Therapieplanung und Reflektion individuell an den Rehabilitanden angepasst werden.

In den ersten vier bis sechs Wochen (Eingangs- und Orientierungsphase) der ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter stehen folgende Schwerpunkte im Vordergrund:

- Erarbeiten einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung zum Gruppentherapeuten
- Kennenlernen der Gruppenmitglieder
- Integration in die Gruppe, Aufbau einer tragenden Gruppenkohärenz
- Konkretisierung der Rehabilitationsziele
- Reflektion der individuellen Suchtanamnese

In der 40-wöchigen Bearbeitungs- und Veränderungsphase stehen nach Erreichen einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung folgende Schwerpunkte im Fokus:

- Vertiefung der Krankheitseinsicht und Förderung der Veränderungsmotivation
- Erreichen einer emotionalen Akzeptanz der Abhängigkeitserkrankung
- Förderung der individuellen Ressourcen und Entwicklung eines positiven Selbstbildes
- Förderung der Ich-Funktionen
- Einsicht in Rückfalldynamik und Entwicklung einer individuellen Rückfallprophylaxe
- Förderung der beruflichen Teilhabe, Kontakte zu Arbeitgebern, Sozialagentur und Jobcenter
- Förderung der sozialen Teilhabe, Aktivierung des Freizeitbereiches, Kontakt zu Selbsthilfegruppen herstellen etc.
- Zwischenbilanz des Rehabilitationsverlaufes zur Bewertung bereits erreichter Therapieziele und entsprechender individueller Ausrichtung des weiteren Therapieverlaufes, gegebenenfalls Modifizierung der Therapieziele

In der vier- bis sechswöchigen Abschieds- und Ablösephase steht die Ablösung und Verabschiedung im Vordergrund. Als Schwerpunkte sind hier zu nennen:

- Ablösung aus dem Rehabilitationsprozess
- Klärung weiterer Maßnahmen (Anbindung an SHG, ambulante Psychotherapie)

9.1.2 Ambulante Wiederholungsrehabilitation

Die Ambulante Wiederholungsrehabilitation sieht eine Rehabilitationsdauer von bis zu sechs Monaten vor. Insgesamt sind bis zu 40 Therapieeinheiten möglich. Weiter werden bis zu vier Gesprächseinheiten mit Bezugspersonen vorgehalten, die bei Bedarf stattfinden. In begründeten Einzelfällen kann die Ambulante Wiederholungsrehabilitation auf maximal bis zu zwölf Monate und insgesamt bis zu 80 Einheiten und maximal acht Gesprächseinheiten mit Bezugspersonen nach Zustimmung des Rehabilitationsträgers verlängert werden. In der Regel werden wöchentlich ein therapeutisches Einzelgespräch (50 Minuten) und eine therapeutische Gruppensitzung (100 Minuten) durchgeführt. Die Aufnahme in die Ambulante Wiederholungsrehabilitation setzt neben den in 6.1 aufgeführten Indikationen den Abschluss einer ambulanten, ganztägig ambulanten oder stationären Entwöhnungsmassnahme voraus.

Nach Abschluss genannter Maßnahmen kann es bei Abhängigkeitserkrankten aufgrund kritischer Lebensereignisse im privaten oder beruflichen Bereich zu Rückfällen kommen oder ein akutes, behandlungswürdiges Rückfallrisiko eintreten. Um die beruflichen, sozialen und psychischen wie auch gesundheitlichen Folgen einer erneuten Rückfälligkeit zu begrenzen und anhaltender Rückfälligkeit entgegenzuwirken, eignet sich das Angebot der Ambulanten Wiederholungsbehandlung. Voraussetzung sind sowohl eine ausreichende Krankheitseinsicht und eine gute Therapie- und Abstinenzmotivation, als auch eine günstige Prognose. Die Rehabilitanden der Ambulanten Wiederholungsbehandlung werden in die Gruppe der Ambulanten Rehabilitation integriert.

Die Therapieinhalte der sechsmonatigen Ambulanten Wiederholungsrehabilitation im Rahmen der Gruppen- und Einzelgespräche sind in großen Teilen mit der Vollmaßnahme identisch. Weiter werden typische, den Rückfall auslösende Situationen und die Abhängigkeit erhaltende Faktoren bearbeitet. Die Analyse der Risikosituationen und des Rückfallgeschehens ermöglicht eine adäquate Rückfallprophylaxe. Weiter werden Folgen der Rückfälligkeit für den beruflichen, sozialen, privaten und gesundheitlichen Bereich analysiert, um eine Abstinenz- und Veränderungsmotivation zu fördern.

9.1.3 Ambulante Weiterbehandlung

Die Ambulante Weiterbehandlung sieht eine Rehabilitationsdauer von bis zu sechs Monaten vor. Insgesamt sind bis zu 40 Therapieeinheiten möglich. Weiter werden bis zu vier Gesprächseinheiten mit Bezugspersonen vorgehalten, die bei Bedarf stattfinden. In begründeten Einzelfällen kann die Ambulante Weiterbehandlung auf maximal bis zu zwölf Monate und insgesamt bis zu 80 Einheiten und maximal acht Gesprächseinheiten mit Bezugspersonen nach Zustimmung des Rehabilitationsträgers verlängert werden. In der Regel werden wöchentlich ein therapeutisches Einzelgespräch (50 Minuten) und eine therapeutische Gruppensitzung (100 Minuten) durchgeführt.

Das Angebot der Ambulanten Weiterbehandlung eignet sich für Rehabilitanden mit einer erfolgten, verkürzten ganztägig ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung. Verkürzte Maßnahmen meint auch Maßnahmen, die in der regulären Behandlungszeit abgeschlossen wurden, bei denen aber ohne eine Ambulante Weiterbehandlung, eine Verlängerung der ganztägig ambulanten oder stationären Maßnahme indiziert gewesen wäre. Eine Einschätzung der vorbehandelnden Rehabilitationseinrichtung ist hier maßgeblich und eine Ambulante Weiterbehandlung muss erfolgsversprechend sein. Der Antrag zur Ambulanten Weiterbehandlung wird aus der ganztägig ambulanten bzw. stationären Entwöhnungsbehandlung gestellt.

nären Rehabilitation heraus gestellt.

In Abgrenzung zur „Ambulanten Rehabilitation – nachstationär/Nachsorge“ zeigen sich bei den Rehabilitanden, die für die Ambulante Weiterbehandlung in Frage kommen, noch in der vorgeschalteten Behandlung nicht ausreichend behandelte oder offene krankheitsbedingte Themenbereiche. Bereits in der Vorbehandlung erreichte Therapieziele oder vorangetriebene Veränderungsprozesse können im Rahmen der Ambulanten Weiterbehandlung konsolidiert oder ausgebaut werden. Im Fokus steht hier unter anderem die Wiedereingliederung in den Arbeitsplatz und/oder die Verbesserung der Möglichkeiten der beruflichen Teilhabe über aktive Arbeitsplatzsuche und Herstellung von Kontakten zum Jobcenter etc..

Das ambulante Setting ermöglicht dem Rehabilitanden eine Rückkehr ins Erwerbsleben und in seine sozialen Bezugssysteme. Diesbezüglich auftretende Probleme können im Rahmen der Ambulanten Weiterbehandlung bearbeitet werden. Die Rehabilitanden der Ambulanten Weiterbehandlung werden in die Gruppe der Ambulanten Rehabilitation integriert.

9.1.4 Ambulante Rehabilitation – nachstationär/Nachsorge

Die Ambulante Rehabilitation – nachstationär/Nachsorge sieht eine Rehabilitationsdauer von bis zu sechs Monaten vor. Insgesamt sind bis zu 20 Therapieeinheiten möglich. Weiter werden bis zu zwei Gesprächseinheiten mit Bezugspersonen vorgehalten, die bei Bedarf stattfinden. In begründeten Fällen kann die Ambulante Rehabilitation – nachstationär/Nachsorge auf maximal bis zu zwölf Monate und insgesamt bis zu 40 Einheiten und maximal vier Gesprächseinheiten mit Bezugspersonen nach Zustimmung des Rehabilitationsträgers verlängert werden. In der Regel wird wöchentlich eine therapeutische Gruppensitzung (100 Minuten) durchgeführt. Therapeutische Einzelgespräche finden in der Regel im vierwöchigen Rhythmus statt.

Der Fokus liegt hier auf der Aktivierung des Selbsthilfepotentials bei gleichzeitiger Begleitung und Reintegration in das berufliche und soziale Umfeld des Rehabilitanden. Die bereits in der stationären Behandlung erreichten Behandlungsziele sowie erworbene Verhaltensmodifikationen und Bewältigungsstrategien fließen in die Ambulante Rehabilitation – nachstationär/Nachsorge ein. Darüber hinaus stehen hier stabilisierende Interventionen zur Förderung von Freizeitaktivitäten sowie zur Förderung der Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben im Vordergrund. In der stationären Therapie erreichte Fortschritte können ausgebaut bzw. konsolidiert werden. Schwierigkeiten und Krisen in Hinblick auf den Transfer in das Berufsleben können gemildert werden und konstruktive Lösungen in Hinblick auf die Verbesserung der Fähigkeit zur beruflichen und sozialen Teilhabe erarbeitet werden. Maßnahmen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung werden aktiv gefördert. So wird die Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben gefördert oder die stufenweise Wiedereingliederung aktiv begleitet.

Die Vermittlung in eine ortsansässige SHG wird aktiv vorangetrieben.

Das Ambulatorium hält eine eigene Gruppe für Rehabilitanden der Ambulanten Rehabilitation – nachstationär/Nachsorge vor.

9.2 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche

Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche, in erster Linie tiefenpsychologisch fundiert, stellen die Kernelemente der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter dar. Die Ambulante Rehabilitation wird in einer Kombination aus Einzel- und Gruppengesprächen durchgeführt. Die Gruppe wird von den zuständigen Bezugstherapeuten geleitet. Die Leiter sind entweder Psychologen, Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen mit vom Rehabilitationsträger anerkannter suchtspezifischer, sozialtherapeutischer Weiterbildung. Die Gruppen werden halboffen im Co-Therapeutensystem durchgeführt. Somit ist eine Krankheits- und Urlaubsvertretung gewährleistet. In der Gruppe befinden sich, gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4. Mai 2001, bis zu zwölf Rehabilitanden. Die Gruppe findet einmal in der Woche statt und hat eine Dauer von 100 Minuten. Die Gruppenmitglieder werden durch die Verbindung und Identifikation mit dem gemeinsamen Problem entlastet. Weiter können alternative Verhaltensweisen im Rahmen der Gruppentherapie unmittelbar erprobt und reflektiert werden. Nach Foulkes bringt jedes Gruppenmitglied seine prägenden sozialen Erfahrungen mit in die Gruppe ein. In der Gruppe werden diese sich erneut entfalten und somit erkennbar und verständlich gemacht. Dies bietet gegebenenfalls die Möglichkeit zur Korrektur und Nachreifung. In der Gruppentherapie finden Rehabilitanden die Möglichkeit, in Auseinandersetzung mit weiteren Gruppenmitgliedern ihre beziehungsgestalterischen Fähigkeiten auszubauen und maladaptive Beziehungs- und Verhaltensmuster aufzulösen. Im Rahmen der Gruppentherapie eignen sich Rehabilitanden eine differenziertere Selbst- und Fremdwahrnehmung an.

Einmal pro Jahr werden in den Therapiegruppen Intensivtage durchgeführt. Die Intensivtage finden an zwei aufeinanderfolgenden Abenden innerhalb der Woche oder alternativ am Wochenende statt. Die Intensivgruppen dauern 200 Minuten, zuzüglich einer Pause. Dieser Rahmen bietet die Möglichkeit, thematische Schwerpunkte in unterschiedlichen Formen zu bearbeiten. Im Gruppenprozess wird durch die Intensivtage die Gruppenkohäsion gefördert. Das Vertrauen der Rehabilitanden untereinander und zu den Gruppentherapeuten wird gefördert. Die Integration neuer Rehabilitanden wird unterstützt und vereinfacht.

Folgende Themenblöcke können Inhalte der Intensivtage sein:

- Integration neuer Patienten in den Gruppenprozess
- Vertiefung von Themenbereichen wie zum Beispiel Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankung, Herstellung biographischer Zusammenhänge etc.
- Rollenspiele zur Erprobung abstinenzfördernder Strategien und Verhaltensweisen
- Entwicklung kreativer Methoden zur Freizeitgestaltung
- Bearbeitung geschlechtsspezifischer Themen durch Teilung der Gruppe nach Geschlechtern
- Teilnahme von Bezugspersonen. Hier haben die Bezugspersonen und die Rehabilitanden die Möglichkeit, gemeinsam krankheitserhaltende Beziehungs- und Verhaltensmuster zu reflektieren und Veränderungsprozesse anzustoßen. Hilfen zu Konfliktlösungen und zur Veränderung eingeschliffener Kommunikationsmuster können vermittelt werden.

Die Einzeltherapie ist ebenso ein wesentlicher Faktor in der Ambulanten Rehabilitation. Sie wird in der Regel einmal in der Woche durchgeführt und hat eine Dauer von 50 Minuten. Die Einzelgespräche werden durch den jeweiligen Bezugstherapeuten geführt. In der Regel wurde der entsprechende Rehabilitand schon in der Motivations- und Beratungsphase vom selben Bezugstherapeuten betreut. Dies sichert eine hohe Objekt Konstanz. Die Einzeltherapie bietet die Möglichkeit, dem Rehabilitanden

in individueller Weise zu begegnen. Scham- und angstbesetzte Themen, die noch einen vertrauensvollen Rahmen benötigen, können in den Einzeltherapien bearbeitet werden. Die Einzelgespräche bieten ebenso den Rahmen, Inhalte der Gruppentherapien vor- und nachzubesprechen sowie zu vertiefen. In Krisensituationen haben die Einzeltherapien unterstützende und entlastende Funktion und können kurzfristig vereinbart werden. Das Anamnese-Gespräch, die Therapieplanung und Festlegung der Therapieziele sowie die Durchführung der Zwischenbilanz und des Abschlussgespräches sind grundlegende Bausteine der Einzeltherapie.

Neben den Einzelgesprächen sollen Gespräche mit Bezugspersonen stattfinden. Die Gespräche haben eine Dauer von 50 Minuten. Die Gespräche mit Bezugspersonen des Rehabilitanden – in der Regel Ehe- oder Lebenspartner, Eltern und Kinder – verfolgen das Ziel, den betroffenen Personen vorwurfsfrei die Abhängigkeitserkrankung erhaltende maladaptive Beziehungs- und Verhaltensmuster aufzuzeigen. Notwendige Veränderungsprozesse können so eingeleitet werden und maladaptive Beziehungs- und Verhaltensmuster aufgelöst werden. Scham- und Schuldgefühle können abgebaut werden und gegenseitiges Vertrauen und Verständnis im Rahmen der Bezugspersonengespräche behutsam aufgebaut werden. Angeregt durch Bezugsgruppengespräche können brachliegende Beziehungsbereiche wie eine gemeinsame Freizeitgestaltung und Körperlichkeit reaktiviert werden.

9.3 Arbeitsbezogene Interventionen

Arbeitsbezogene Interventionen im Rahmen der Ambulanten Rehabilitation Sucht werden gezielt eingesetzt, um die beruflichen Orientierung und die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden zu fördern. Dies sind nachweislich stabilisierende Faktoren für abhängigkeiterkrankte Rehabilitanden, um eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen. Folgende bereits in Kapitel 9.1 beschriebene Inhalte können bei Bedarf aufgegriffen und gemeinsam mit dem Rehabilitanden bearbeitet werden:

- Erarbeitung und Reflektion einer adäquaten, abstinenzfördernden Tagesstruktur
- Sozialberatung zur Ermittlung beruflicher Ziele und Perspektiven
- Herausarbeiten von Stärken und Schwächen im Rahmen der Erwerbstätigkeit und Erwerbsfähigkeit
- Verbesserung der beruflichen Leistungs- und Belastungsfähigkeit
- Klärung der individuellen Erwerbssituation
- Klärung der beruflichen Perspektive (zum Beispiel Anspruchsklärung für Eingliederungsmaßnahmen und Umschulungen, sonstige berufliche Rehabilitationsmaßnahmen in Kooperation mit den zuständigen Reha-Fachdiensten)
- Klärung für Arbeitsplatzrückkehrer (zum Beispiel Klärung innerbetrieblicher Veränderungen, Rückkehrvorbereitung an den Arbeitsplatz)

9.4 Angehörigenarbeit

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung wird häufig ungewollt und unbewusst durch das die Abhängigkeit aufrechterhaltende oder verstärkende co-abhängige Verhalten des sozialen Bezugssystems begünstigt. Andererseits stellt ein intaktes und stabiles soziales Umfeld einen positiven Prognosefaktor für den Rehabilitanden dar, um sich eine stabile Abstinenz zu erarbeiten. Aus genannten Gründen ist es Ziel, wichtige Bezugspersonen des Rehabilitanden in die Rehabilitationsmaßnahme zu

integrieren. So werden schon im Rahmen der Beratungs- und Motivationsphase gemeinsame Gespräche zwischen dem Bezugstherapeuten, dem Patienten und seinem Angehörigen durchgeführt. Im Rahmen der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme finden Paar- und Angehörigengespräche begleitend im Rahmen der Bezugsgruppengespräche statt. Ziel ist es hier, die Abhängigkeitserkrankung aufrechterhaltende Verhaltens- und Beziehungsmuster aufzudecken und notwendige Veränderungsprozesse einzuleiten und zu begleiten. Weiter können Angehörige im Rahmen der Intensivtage mit in die Ambulante Rehabilitation einbezogen werden. Wie bereits erwähnt, können hier Hilfen zu Konfliktlösungen und zur Veränderung eingeschliffener Kommunikationsmuster vermittelt werden. In der Ambulanten Rehabilitation besteht gerade durch die Wohnortnähe die Möglichkeit, Angehörige aktiv mit in die Rehabilitation einzubeziehen.

9.5 Rückfallmanagement

Grundsätzlich ist es Ziel der Behandlung, die Rehabilitanden zu befähigen, Rückfallrisiken zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, um diese zu vermeiden oder entsprechend entgegenzuwirken. Rückfälle bzw. Rückfallgefährdung gehören zum Wesen der Abhängigkeitserkrankung. Insofern kommt der Bearbeitung von Rückfällen, im Sinne einer Abstinenzunterbrechung, ein hoher Stellenwert im Rahmen unserer Ambulanten Rehabilitation zu.

Bei Rückfälligkeit eines Rehabilitanden im Rahmen der ambulanten Behandlung kann die Behandlung unter entsprechenden Voraussetzungen und bei bestehender Bereitschaft des Rehabilitanden zur konstruktiven Bearbeitung des Rückfalls mit Zielsetzung der Abstinenz fortgeführt werden. Aus unserer Sicht stellt ein Rückfall die Wiederaufnahme süchtigen Verhaltens dar, was auf individuelle Überlastung oder noch unzureichende Bewältigungsstrategien hinweist.

Der Fachstellenarzt wird bei Rückfälligkeit einbezogen. Rückfällige Rehabilitanden können gegebenenfalls nach Absprache umgehend im Fliedner-Krankenhaus Ratingen oder in der Entgiftungsstation der Fachklinik St. Camillus in Duisburg aufgenommen werden. Der Kontakt zu den Rehabilitanden kann während des Aufenthaltes gehalten werden und es erfolgt eine koordinierte Rückführung in die Fachstelle des Ambulatoriums.

Der Rentenversicherungsträger wird über die stationäre Entgiftung des Rehabilitanden in Kenntnis gesetzt, der dann über die Fortsetzung der Ambulanten Rehabilitation entscheidet.

Eine konstruktive Bearbeitung des Rückfalls soll es dem Rehabilitanden ermöglichen, sich Erfahrungen aus der Krisensituation nutzbar zu machen und entsprechende Bewältigungsstrategien zu erarbeiten.

Die Fortsetzung der Therapie wird unter Erwägung folgender Faktoren entschieden:

- Grad der Offenheit im Umgang mit dem Rückfall
- Grad des Vorhandenseins von Bagatellisierungstendenzen
- Bereitschaft zur konstruktiv-kritischen Reflexion der Rückfälligkeit
- Überprüfung der Abstinenzmotivation
- Ausmaß der Rückfälligkeit

Bei wiederholter Rückfälligkeit erfolgt in der Regel die Beendigung der ambulanten Maßnahme oder bei Indikation die Vermittlung/Umwandlung in eine stationäre Maßnahme.

Im Rahmen der Behandlung werden regelmäßige Atemluftkontrollen durchgeführt. Weiter kommen gegebenenfalls Drogenschnelltests zum Einsatz.

10. Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die Dauer der Behandlung gestaltet sich im Rahmen der vom Leistungsträger vorgegebenen Bewilligungszeiträume (siehe Kapitel 9) individuell und flexibel. Sollten die im Rahmen der Ambulanten Rehabilitation fixierten Ziele schon vor Ablauf des Bewilligungszeitraumes erreicht sein, wird die Behandlung beendet. Eine vorzeitige Beendigung kann sich auch dann als sinnvoll erweisen, wenn beim Rehabilitanden keine weitere Veränderungsbereitschaft mehr ersichtlich ist. Eine Verkürzung bzw. Verlängerung wird im Einvernehmen mit dem Rehabilitanden und dem Leistungsträger umgesetzt. In der Regel finden in der Woche vor der Entlassung des Rehabilitanden die Entlassungsuntersuchung und die therapeutischen Abschlussgespräche statt.

Der ärztliche Entlassungsbericht ist unter Verantwortung des leitenden Fachstellenarztes gemäß dem „Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vom 3. Dezember 2008“ innerhalb von 14 Tagen zu erstellen und dem Leistungsträger einzureichen.

11. Personelle Ausstattung

Das Rehabilitationskonzept des Ambulatoriums wird von einem interdisziplinären Behandlungsteam umgesetzt. Das Behandlungsteam setzt sich aus dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einem Diplom-Sozialarbeiter (Abteilungsleitung), einer Diplom-Psychologin/Psychologischer Psychotherapeutin und zwei Diplom-Sozialpädagoginnen zusammen. Alle an der Ambulanten Rehabilitation beteiligten Mitarbeiter verfügen über eine von der DRV anerkannten Suchttherapieausbildung. Die ärztliche und therapeutische Vertretung ist im Urlaubs- und Krankheitsfall geregelt. Die Leitung der Ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker trägt der zuständige Facharzt der Rehabilitationseinrichtung.

Folgende Aufgaben obliegen dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:

- Die Ambulante Rehabilitation steht unter der Leitung und Verantwortung des Fachstellenarztes. Er ist sowohl inhaltlich als auch formal für die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes im Rahmen der Vorgaben der Rehabilitationsträger verantwortlich. Er nimmt im vierwöchigen Rhythmus an den Fall- und Teambesprechungen teil.
- Anamneseerhebung; allgemeinärztliche, körperliche Untersuchung; neurologische und psychiatrische Untersuchung mit Befunddokumentation
- gegebenenfalls Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie
- Abstimmung und Verantwortung des Rehabilitationsplans und Rehabilitationsziels
- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung
- Informationsaustausch mit behandelnden Ärzten und Kliniken
- verantwortliches Erstellen des Entlassungsberichtes mit sozialmedizinischer Beurteilung gemäß dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht
- konzeptionelle Weiterentwicklung
- Durchführung der ärztlichen Eingangsuntersuchung innerhalb der ersten zwei Behandlungswochen

Folgende Aufgaben obliegen der Diplom-Psychologin:

- Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und eines Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Arzt
- Durchführung der therapeutischen Gruppen- und Einzelgespräche inklusive Vor- und Nachbereitung
- Durchführung der Gespräche mit Bezugspersonen inklusive Vor- und Nachbereitung
- psychologische Diagnostik
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen
- Mitarbeit und Erstellen von Zwischen- und Entlassungsberichten
- Mitarbeit Katamnese
- Mitarbeit in der Qualitätsentwicklung und -sicherung
- Teilnahme externe Supervision
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen
- Krisenintervention
- Arbeitsplatzbezogene Interventionen

Folgende Aufgaben obliegen den Diplom-Sozialarbeitern und Diplom-Sozialpädagogen:

- Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und eines Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Arzt
- Durchführung therapeutischer Gruppen- und Einzelgespräche inklusive Vor- und Nachbereitung
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen
- Mitarbeit und Erstellen von Zwischen- und Entlassungsberichten
- ergänzende Erhebungen der Sucht- und Sozialanamnese (Klärung der sozialen und beruflichen Situation) einschließlich Dokumentation
- Außentermine im Rahmen der Kooperation, Koordinations- und Organisationsaufgaben
- Krisenintervention
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen
- Teilnahme externe Supervision
- Mitarbeit Katamnese
- Arbeitsbezogene Interventionen
- Kooperation mit SHG und weiteren Sozialen Diensten
- konzeptionelle Weiterentwicklung

Die an der Ambulanten Rehabilitation beteiligten Mitarbeiter verfügen über eine von der DRV anerkannte Suchttherapieausbildung. Die Leistungsträger erhalten halbjährlich entsprechend ihrer Vorgaben von der Fachstelle eine Personalstandsliste mit den eingesetzten Mitarbeitern.

12. Räumliche Gegebenheiten

Das Ambulatorium belegt im Hause des Diakonischen Werkes eine Etage. Hier gibt es fünf Räume für Beratungs- und Therapiegespräche, einen Gruppenraum, ein Wartezimmer, einen Raum für die ärztlichen Untersuchungen, einen Raum für das Sekretariat, zwei Toiletten und eine Küche. Die Einrichtung ist barrierefrei zu erreichen.

Die Einrichtung verfügt über einen Notfallkoffer. Der ärztliche Untersuchungsraum ist mit einer Patientenliege und einem Blutdruckmessgerät ausgestattet.

13. Kooperation und Vernetzung

Die Fachstelle ist eingebunden in das ambulante Betreuungs- und Behandlungsnetz für abhängigkeiterkrankte Menschen und ihre Bezugspersonen. Hier besteht eine enge Kooperation mit dem Fliedner-Krankenhaus/Fachklinik Haus Siloah und der Fachklinik St. Camillus in Duisburg und dem St. Marien-Hospital in Mülheim. Der Fachstellenarzt ist ebenso in der Fachklinik Haus Siloah tätig. Ein Sozialtherapeut der Fachklinik Haus Siloah wird in der ambulanten nachstationären Rehabilitation eingesetzt.

Mitglieder der genannten Einrichtungen finden neben den Kooperationskontakten im Rahmen des lokalen „Arbeitskreises Sucht“ Möglichkeiten zum fachlichen Austausch und zur Verbesserung des Ver-

sorgungsnetzes im Sinne der Rehabilitanden. Die Einrichtung ist ebenfalls Mitglied der 2017 gegründeten Fachgruppe Ambulante Rehabilitation Sucht der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe (RWL). Dort werden relevante Themen erörtert, um die Ambulante Rehabilitation Sucht zu festigen und Behandlungsmaßnahmen zu verbessern sowie um auf politischer Ebene eine Vertretung zu finden.

Es besteht eine enge Vernetzung zwischen der Fachstelle und den lokalen Selbsthilfegruppen. Regelmäßige Treffen mit den Gruppenleitern und der Austausch unter anderem im lokalen „Arbeitskreis Sucht“ und weiteren fachbezogenen Arbeitskreisen fördern diese Vernetzung. Ebenso beteiligt sich die Fachstelle am Psychosozialen Arbeitskreis (PSAK) der Stadt Mülheim an der Ruhr.

14. Maßnahmen der Qualitätssicherung/Dokumentation

Die Qualitätssicherung der Beratungsstelle erfolgt durch regelhafte Überprüfung und Reflexion der Behandlung und einer fortschreitenden Entwicklung und Erweiterung des Konzeptes. Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter nach neuesten fachlichen Standards werden gefördert und unterstützt.

Das Ambulatorium beteiligt sich an der Ebis-Statistik. Eigene katamnestische Erhebungen und Erhebungen zur Kundenzufriedenheit werden ebenfalls durchgeführt und weiterentwickelt.

Die Struktur-, Planungs- und Ressourcenqualität wird durch stetige Überprüfung der räumlichen Bedingungen, der Organisationsstruktur und ihrer Transparenz sowie des Leistungsspektrums in Verbindung mit dem Behandlungskonzept vorangetrieben.

Durch eine regelmäßige fachliche Auseinandersetzung mit Behandlungsabläufen im Rahmen von Arbeitsbesprechungen und Supervisionen wird die Ergebnis- und Prozessqualität gesichert und weiterentwickelt.

Es findet wöchentlich eine Arbeitsbesprechung statt, in der sowohl formale Sachverhalte als auch Organisatorisches besprochen werden. In die wöchentlich stattfindende Arbeitsbesprechung fallen auch regelmäßige Fallbesprechungen und Gruppenauswertungen.

Zur Qualitätssicherung wird auf interne Statistiken und Dokumentation zurückgegriffen. Feedback und Anregungen von Rehabilitanden, Angehörigen sowie von kooperierenden Institutionen werden aufgegriffen und in die Reflexion zur Verbesserung von Arbeits- und Behandlungsabläufen integriert. An den Arbeitsbesprechungen nehmen alle an der Ambulanten Rehabilitation Sucht beteiligten Mitarbeiter teil. Die Dokumentation der Patientendaten, Verwaltungsabläufe und therapeutischer Leistungen wie Einzel- und Gruppengesprächen erfolgt mit dem Programm „Patfak-ambu“. Somit ist eine individuelle sowie gruppenbezogene Verlaufskontrolle möglich. Geführt werden eine elektronische Patientendatei und ein gemeinsamer Terminkalender. Diese dienen der Bereitstellung essentieller Informationen für die Korrespondenz mit anderen Institutionen und Leistungsträgern. In Vertretungssituationen oder bei Therapeutenwechsel kann auf die Informationen zugegriffen werden. Ebenso dienen sie den Mitarbeitern der Beratungsstelle zur fachlichen Reflexion. Die statistische Auswertung erfolgt mit Hilfe des einheitlichen Kerndatensatzes und wird an das Ebis-Institut weitergeleitet.

Der Jahresbericht des Ambulatoriums gibt einen Überblick über die Arbeit der Beratungsstelle und dient als Nachweis über die Verwendung finanzieller Mittel für Leistungs- und Kostenträger sowie

gegenüber der Öffentlichkeit. Er wird ebenso den Leitungsgremien des Diakonischen Werkes zur kritischen Prüfung vorgelegt.

15. Kommunikationsstruktur und Therapieorganisation

Gesamtverantwortlich für die Leitung und Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme ist der leitende Fachstellenarzt. Die Mitarbeiter der Ambulanten Rehabilitation Sucht tauschen sich regelhaft und strukturiert über die Rehabilitationsplanung und den Rehabilitationsverlauf jedes einzelnen Rehabilitanden aus, um eine fortlaufende Behandlungsqualität zu sichern. Die wöchentlichen Arbeitsbesprechungen des interdisziplinären Teams dauern 90 Minuten. Hier werden organisatorische Fragen geklärt und Fallbesprechungen sowie Gruppenauswertungen vorgenommen. Gesetzliche Regelungen zum Datenschutz werden dabei beachtet.

16. Fortbildung und Supervision

Mitarbeiter werden gefördert, Fortbildungen zur Qualifizierung, fachlichen Vertiefung und Weiterentwicklung zu absolvieren. Externe Fortbildung wird durch die Geschäftsführung durch Freistellung oder Kostenbeteiligung gefördert.

Externe Supervision findet regelmäßig – aktuell zehnmal jährlich – statt. Die externe Supervision hat eine Dauer von 120 Minuten und wird von einem vom Leistungsträger anerkannten Supervisor durchgeführt. Der Supervisor wird ebenfalls auf der Personalstandliste aufgeführt.

Literaturverzeichnis

- Bilitza, Klaus W. (2008): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis, Vandenhoeck und Ruprecht.
- Beck, A. (1997): Kognitive Therapie der Sucht, Beltz.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Hrsg. (2006): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Druckhaus Strobach, Heft 12.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Hrsg. (2006): ICF-Praxisleitfaden.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation DIMDI, Hrsg. (2014): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/> (Oktober 2015)
- Feuerlein, Wilhelm/Küfner, Heinrich/Soyka, Michael (1998): Alkoholismus. Missbrauch und Abhängigkeit, Entstehung, Folgen, Therapie, 5. Auflage, Thieme.
- Foulkes, S.-H. (1986): Gruppenanalytische Psychotherapie, Fischer.
- Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie, Hofgrefe.
- Grüsser, Sabine M./Thalemann Caroline N. (2006): Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie und Forschung, Huber.
- Hautzinger, M. (2003): Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen, Beltz.
- Heigl-Evers, Annelise/Ott, Jürgen (2002): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode, Vandenhoeck und Ruprecht.
- Heigl-Evers, Annelise (1988): Gruppendynamik, Vandenhoeck und Ruprecht.
- Büchner, Uwe/Heigl-Evers, Annelise/Helas, Irene/Vollmer, Heinz C. (2002). Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Vandenhoeck und Ruprecht.
- König, Oliver/Schattenhofer, Karl (2011): Einführung in die Gruppendynamik, Auer.
- Körkel, Joachim/Schindler, Christine (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen, Springer.
- Kohut, H. (1979), Die Heilung des Selbst, Suhrkamp
- Kruse, G. (2000): Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln, Psychiatrie Verlag.
- Miller W./Rollinck S. (2009): Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, Lambertus.
- Rost WD (2009) : Psychoanalyse des Alkoholismus: Theorie, Diagnostik, Behandlung, Psychosozial Verlag.
- Rudolf, G. (2010): Psychodynamische Psychotherapie, Schattauer.
- Soyka M.; Küfner H.(2008) Alkoholismus-Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie, Thieme.
- Stetter F. (2006) : Psychotherapie von Suchterkrankungen, Von der Diagnostik zur Motivationstherapie, Psychotherapeut 45, S. 63-71.
- Wittchen, H.J.; Hoyer J. (2006) Klinische Psychologie und Psychotherapie, Springer.
- Wöllner, Wolfgang/Kruse, Johannes (2014): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Leitfaden, Schattauer.

Therapievereinbarung

Therapievereinbarung für die Ambulante Rehabilitation

Zwischen und dem Ambulatorium des Diakonischen Werkes Mülheim

Sie haben sich für eine abstinenten Lebensführung entschieden. Wir möchten Sie mit unserem Angebot der Ambulanten Rehabilitation dabei unterstützen, Schwierigkeiten zu bewältigen und Ihre Fähigkeiten sinnvoll einzusetzen, damit Sie Ihre Ziele trotz bestehender Ängste und bereits erlittener Rückschläge nicht aus den Augen verlieren. Die Therapievereinbarung der Ambulanten Rehabilitation Sucht wird auf der Basis der Durchführungsbestimmungen der Kosten- und Leistungsträger getroffen.

Um die Zusammenarbeit zu erleichtern, treffen wir mit Ihnen folgende Vereinbarungen:

1. Die Maßnahme dauert in der Regel bis zu zwölf Monaten. Die Teilnahme an der Maßnahme setzt ihre aktive und offene Mitarbeit voraus.
2. Die Teilnahme an den gemäß Bewilligungsbescheid vereinbarten Gesprächen (Einzel-, Gruppe-, Angehörigen- Gespräche, Intensivgruppe) ist verbindlich. Sie erfolgt regelmäßig, pünktlich und abstinent.
3. Ihr Einverständnis zu stichprobenartigen Abstinentenkontrollen erteilen Sie hiermit. (Kontrolle der Atemluft, Vorlage von Blutwerten).
4. Die Wahrnehmung der vorgesehenen ärztlichen und psychologischen Untersuchungen ist verpflichtend.
5. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, benachrichtigen Sie uns bitte rechtzeitig. Die Behandlung gilt in der Regel als beendet, wenn mehr als zwei Termine unentschuldig oder ohne ausreichenden Grund nicht eingehalten wurden.
6. Während der Dauer der Maßnahme ist Urlaub grundsätzlich nicht vorgesehen. Planen Sie einen Urlaub, dann erfordert dies die Absprache mit dem Bezugstherapeuten.
7. Wir erwarten, dass Sie jede Einnahme von psychotropen Substanzen (illegalen Drogen, entsprechende Medikamente) dem zuständigen Bezugstherapeuten berichten.
8. Bei einem Rückfall nehmen Sie umgehend Kontakt zum Ambulatorium auf, damit weitere therapeutische Hilfen abgesprochen werden können. Der Rückfall wird in der Gruppe und im Einzelgespräch bearbeitet. Die bisherige Behandlungsform wird unter Einbezug des Beratungsstellenarztes überprüft und gegebenenfalls verändert. Der Rückfall kann zur Beendigung der Maßnahme führen.

9. Nach dem zweiten Rückfall wird der Leistungsträger informiert und mit ihm Weiterführung oder Ende der Maßnahme verabredet. Seine Vorschriften/Richtlinien werden von uns beachtet.

10. Zu Ihrem Schutz und dem der anderen Teilnehmenden der Ambulanten Rehabilitation wollen wir gewährleisten, dass keine Informationen aus der Gruppe an Dritte weitergegeben werden. Daher verpflichten Sie sich zu absoluter Verschwiegenheit über Informationen aus der Gruppe gegenüber Dritten, auch nach Beendigung der Maßnahme.
Auf mögliche rechtliche Konsequenzen weisen hin.

Die Mitarbeiter der Einrichtung unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Ohne Ihre schriftliche Einwilligung dürfen keine Informationen, ausgenommen an den Leistungsträger, weitergegeben werden.

Um die Qualität der Arbeit sicherzustellen, finden regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen und Fallsupervisionen statt. Dazu erteilen Sie hiermit Ihr Einverständnis.

Sonstige Absprachen:

Mülheim, den

.....

.....

Diakonie

Diakonisches Werkes im Evangelischen Kirchenkreis An der Ruhr
Hagdorn 1a • 45468 Mülheim an der Ruhr

Weitere Informationen finden Sie unter
www.diakonie-muelheim.de