



Konzeption

Ambulante Rehabilitation der Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Marzahn-Hellersdorf

Inhaltsverzeichnis

Konzeption	1
Ambulante Rehabilitation der Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Marzahn-Hellersdorf.....	1
1. Träger- und Projektangaben	3
2. Präambel.....	3
3. Träger	3
4. Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Marzahn-Hellersdorf	4
5. Ambulante Rehabilitation	6
5.1. Theoretische Grundlagen	6
5.2. Zielgruppe für die ambulante Rehabilitation.....	7
5.3. Vorbedingungen für die Durchführung der ambulanten Rehabilitation	7
5.4. Die ambulante Entwöhnungsbehandlung	8
5.4.1. Ziele der ambulanten Therapie.....	8
5.4.2. Aufbau des Therapieprogramms	9
5.4.3. Umgang mit Rückfällen	10
5.4.4. Realisierung der ambulanten Therapie.....	11
6. Die Mitarbeiter und deren Aufgaben	12
7. Qualitätssicherung und Dokumentation	12
8. Literatur.....	13
9. Anlage Therapievereinbarung.....	13

1. Träger- und Projektangaben

	Angaben
Name	Wuhletal-Psychosoziales Zentrum gGmbH
Gründung	1999
Gesellschafter	Volkssolidarität, Landesverband Berlin e.V. Wuhlgarten Krankenhausnaher Hilfsverein für psychisch Kranke e.V.
Träger - Ansprechpartner	Dr. Thomas Pfeifer
Träger - Vertretungsberechtigung	Dr. Thomas Pfeifer, Andre Lenhard (jeweils allein, keine Befreiung vom Selbstkontrahierungsverbot)
Spitzenverband	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband , Landesverband Berlin e.V.
Geschäftsstelle	Brebacher Weg 15 , Haus 33, 12683 Berlin
Träger – Tel./Fax	030/56295160 / 030/562951619
Träger – e-mail	post@wuhletal.de
Projektanschrift	Alt-Marzahn 59, 12685 Berlin
Projekt – Tel./Fax.	030/5498863 / 030/54988648
Projekt – e-mail	suchtberatung@wuhletal.de

Anmerkung: Die wichtigsten körperschaftlichen Unterlagen sind in der aktuellen Fassung unter www.wuhletal.de einsehbar.

2. Präambel

Wuhletal-Psychosoziales Zentrum gGmbH übernimmt die zwischen dem Verein Wuhlgarten e.V und den Rentenversicherungsträgern abgeschlossene Vereinbarung für die ambulante Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger gemäß den Richtlinien der Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker. Diese Leistungen der ambulanten Entwöhnungsbehandlung werden durch die Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Marzahn-Hellersdorf erbracht und ergänzen das Angebot gemeindenaher Suchtkrankenarbeit.

3. Träger

Die Suchtberatungsstelle Marzahn wurde am 01. 10. 1994 und die Suchtberatungsstelle Hellersdorf am 01.11.1994 aus dem Öffentlichen Dienst (Gesundheitsamt Marzahn) in die Trägerschaft des Krankenhausnahen Hilfsvereins für psychisch Kranke - Wuhlgarten e. V. übernommen.

Im Jahr 2000 hat der Wuhlgarten e. V. zusammen mit der Volkssolidarität e. V. die Wuhletal – Psychosoziales Zentrum gGmbH gegründet. Es wurde damit die Absicht verbunden, Projekte der Hilfe für psychisch und suchtkranke Menschen zusammenzuführen, die zuvor in Trägerschaft der Gesellschafter arbeiteten.

Die Gesellschafter verfolgten damit das Ziel, eine bessere Angebotsstruktur für kranke und behinderte Menschen zu realisieren und zugleich Voraussetzungen für eine Qualitätsverbesserung zu schaffen.

Wuhletal gGmbH hat schrittweise die Projekte des Suchtbereiches übernommen: Suchtberatungsstellen Marzahn und Hellersdorf, die Ambulante Rehabilitation Suchtkranker, die Tagesstätte für Suchtkranke, das Betreute Einzelwohnen Suchtkranker und das Alkoholfreie Begegnungszentrum ABC.

2011 wurde die Tagesklinik „An der Wuhle“ eröffnet, mit einem Rehabilitationskonzept für ganztägig – ambulanten Entwöhnungstherapie.

4. Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Marzahn-Hellersdorf

Die Suchtberatungs- und Behandlungsstelle hat einen regionalen Versorgungsauftrag für den Bezirk Marzahn - Hellersdorf mit einer Einwohnerzahl von 250.279 Bürgern (Stand 30.06.2012).

Die Beratungsstelle liegt zentral, für beide Bezirksteile gut erreichbar.

Die Beratungs- und Behandlungsstelle richtet ihr Angebot an Suchtgefährdete und Abhängige, sowie deren Angehörige und Bezugspersonen. Dabei spielt für die Kontaktaufnahme und Beratung die Art der konsumierten Droge und das Alter der Ratsuchenden keine Rolle. Die Beratungs- und Behandlungsstelle fühlt sich als Anlaufstelle zuständig für Konsumenten legaler und illegaler Drogen, sowie für Menschen mit Problemen im Bereich der nichtstoffgebundenen Süchte und deren Angehörige.

Das Angebot der Beratungs- und Behandlungsstelle orientiert sich an den Richtlinien der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) und gliedert sich in folgende Bereiche:

- Beratung und Information
- Diagnostik und Indikationsstellung
- Motivationsarbeit
- Angehörigengespräche
- Vermittlung in Entgiftung, ambulante oder stationäre Krisenintervention
- Vorbereitung auf stationäre Entwöhnungsbehandlung
- psychosoziale Krisenintervention
- begleitende soziale Arbeit
- therapeutische Arbeit in Einzel- und Gruppengesprächen
- Nachsorge
- Prävention und Öffentlichkeitsarbeit.

Anliegen der Arbeit in der Suchtberatungs- und Behandlungsstelle ist die Realisierung eines komplexen Betreuungsangebotes, das die Entwicklung eines möglichst stabilen Beziehungsgefüges zwischen Patient und Therapeut ermöglicht.

Ziel der Arbeit in der Suchtberatungs- und Behandlungsstelle ist die Auseinandersetzung mit Spezifik und Verlauf der Suchterkrankung und deren Akzeptanz, das Erreichen längerfristiger Abstinenz, die Bearbeitung der intrapsychischen Konflikte, die Aufrechterhaltung bzw. Wie-

dereingliederung in Arbeit und soziale Bezüge (Familie, Freizeit usw.) und das Erreichen körperlichen und psychischen Wohlbefindens bzw. das Verhindern weiteren körperlichen Abbaus bei unseren Patienten.

Für Patienten in schwierigen sozialen Situationen bieten wir soziale Beratung und Unterstützung bei der Klärung von Angelegenheiten, gegebenenfalls auch Begleitung an. Wir vermitteln in Schuldnerberatung und andere sozial unterstützende Maßnahmen. In Einzelfällen werden die Mitarbeiter der Beratungs- und Behandlungsstelle aufsuchend tätig, bzw. kooperieren mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Chronisch mehrfachgeschädigten Patienten wird das betreute Einzelwohnen oder die Tagesstätte für Suchtkranke des Vereins angeboten oder andere betreuende und therapeutische Einrichtungen. Engen Kontakt pflegen wir mit der Selbsthilfeeinrichtung des Vereins. Die Kontakt- und Begegnungsstätte "ABC" bietet Freizeitstrukturierung, Selbsthilfegruppenarbeit und Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung an.

Im präventiven Bereich führen die Mitarbeiter der Beratungs- und Behandlungsstelle Informationsgespräche zu Suchtmittelmissbrauch, Suchtentstehung, stoffgebundenen und stoffungebundenen Süchten für Einzelpersonen und Gruppen durch. Dabei liegt unser Schwerpunkt vor allem auf der Information und Fortbildung für Multiplikatoren.

Wir beteiligen uns an öffentlichen Veranstaltungen im Bezirk, wie zum Beispiel der „Woche der seelischen Gesundheit“. Die Mitarbeiter der Suchtberatungs- und Behandlungsstelle wirken aktiv mit in den bezirklichen Gremien (Suchtverbund, Psychiatriebeirat) und überbezirklichen Arbeitsgemeinschaften (Arbeitskreis der Berliner Suchtberatungsstellen, AG Sucht des dpw).

Die Suchtberatungs- und Behandlungsstelle realisiert eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten des Bezirkes, den Versorgungseinrichtungen des Vivantes Klinikums ö. B. Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus (Entgiftung, Tagesklinik-Sucht, psychiatrische Stationen), Einrichtungen des Öffentlichen Dienstes (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst, Sozialamt, Jugendamt), freien Trägern und Selbsthilfegemeinschaften.

Die Arbeitsaufgaben der Beratungs- und Behandlungsstelle, ihr Versorgungsauftrag für den Bezirk Marzahn – Hellersdorf, die Vernetzung und Berichterstattung wird durch einen Kooperationsvertrag zwischen dem Bezirksamt Marzahn – Hellersdorf (vertreten durch den Psychiatriekoordinator) und dem Träger geregelt.

Die Suchtberatungs- und Behandlungsstellen Marzahn und Hellersdorf arbeiten seit Oktober 2003 an einem gemeinsamen Standort in Alt Marzahn 59, 12681 Berlin.

In der Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Marzahn – Hellersdorf sind tätig (Stand 5/2014):

1 Ärztin	(40 Stunden)
1 Arzt	(40 Stunden)
1 Psychologin (Projektleitung)	(35 Stunden)
1 Psychologin	(20 Stunden)
1 Psychologin	(40 Stunden)
1 Sozialpädagogin	(30 Stunden)
1 Sozialtherapeutin	(30 Stunden)

1 Verwaltungskraft	(10 Stunden)
1 Verwaltungskraft	(10 Stunden)
1 Honorarkraft (Soz.-päd.)	(4 Stunden)

Die Beratungs- und Behandlungsstelle hat an fünf Arbeitstagen folgende Öffnungszeiten:

Montag, Dienstag, Freitag	von 9 bis 12 Uhr,
Mittwoch	von 13 bis 17 Uhr,
Donnerstag	von 15 bis 17 Uhr.

Darüber hinaus können Gesprächstermine individuell vereinbart werden.

5. Ambulante Rehabilitation

5.1. Theoretische Grundlagen

Neben dem Zusammenwirken sozialer (kultureller, wirtschaftlicher) und biologischer (genetischer, gesundheitlicher) Faktoren ist es vor allem die individuelle Entwicklung, die die Persönlichkeit bestimmt.

Auf der Grundlage besonders enger, dyadischer Beziehungen in der frühen Kindheit (Geborgenheit, Urvertrauen) kommt es zur Herausbildung von Fähigkeiten, die der weiteren Erschließung der sozialen Umwelt und dem Aufbau und Erhalt altersgerechter sozialer Beziehungen dienen. Dieser Prozess der Sozialisation dauert bis in das Erwachsenenalter an. Dieser Entwicklungsprozess verläuft phasenweise, d.h., in ganz bestimmten, sensiblen Lebensphasen werden (in Abhängigkeit auch von den sozialen und biologischen Gegebenheiten) ganz bestimmte Fähigkeiten ausgeprägt. Bei inadäquaten Bedingungen (z.B. gestörten sozialen Beziehungen) kann es zu Störungen oder Fehlentwicklungen und zu, oft erst in späteren Lebensabschnitten relevanten, psychischen Erkrankungen (oder zumindest entsprechenden Dispositionen) kommen.

Entwicklungsabschnitt, Tiefe der Störung und aktuelle Krisen- oder Konfliktsituation sind entscheidend für die Ausprägung einer Erkrankung.

Sucht wird dabei aus psychoanalytischer Sicht als Symptom einer tieferliegenden psychischen Störung aufgefasst aber auch als ein Versuch der Selbstheilung, der über die Schritte Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit zur Ursache sekundärer Störungen, zum Mittel z.T. unbewusster Selbsterstörung wird.

Die Entwicklung einer Suchterkrankung ist nicht von bestimmten Persönlichkeitszügen abhängig, die typische Alkoholiker-Persönlichkeit gibt es nicht.

Die Abgrenzung gegenüber "normalem Trinken" und "Missbrauch", die Klassifizierung der Abhängigkeits-Typen und der Entwicklungsphasen (z.B. nach Jellinek) sind hilfreich zur Beschreibung der Sucht. Aus psychoanalytischer Sicht wird Alkoholismus als Krankheit angesehen, deren Hauptsymptom Süchtigkeit sich als "innerer Zwang, hemmungslos, unbewusster Gier, einen bestimmten Stoff einzunehmen, ohne Rücksicht, bzw. sogar unter bewusster oder unbewusster Einbeziehung seiner Folgen" darstellt (Rost 1992).

5.2. Zielgruppe für die ambulante Rehabilitation

Für eine bestimmte Gruppe von alkohol- und medikamentenabhängigen Menschen ist im Anschluss an Entgiftungs- und Motivationsphase die Durchführung einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung indiziert. Voraussetzung dafür ist das Vorhandensein einer stützenden sozialen Integration und die Bereitschaft und das Vermögen zur Akzeptanz und Umsetzung von Therapierichtlinien unter ambulanten Bedingungen.

Folgende Voraussetzungen auf Seiten der Patienten müssen zur Teilnahme an der ambulanten Rehabilitation vorhanden sein:

- vorliegende Alkoholabhängigkeit (nach Jellineck) oder Medikamentenabhängigkeit
- Mindestalter von 18 Jahren
- abgeklungenes Entzugssyndrom, mindestens 3- wöchige Abstinenz
- ärztliche Grunduntersuchung
- Bereitschaft und Fähigkeit zu längerfristiger Abstinenz
- Vorhandensein eigenen Wohnraumes und stützender sozialer Bezüge
- Bereitschaft zur Selbstreflexion, Bereitschaft zur therapeutischen Arbeit
- Freiwilligkeit und Einverständniserklärung zum Therapievertrag.

Unter folgenden Bedingungen kann eine ambulante Rehabilitation nicht durchgeführt werden:

- schwere Störungen auf seelischem, körperlichem, geistigem oder sozialem Gebiet
- fehlende Motivation
- fehlende soziale Bezüge
- fehlender Wohnraum.

Bei der Indikation für eine ambulante Rehabilitation richten wir uns nach den „Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung (Rehabilitation) bei Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001.

5.3. Vorbedingungen für die Durchführung der ambulanten Rehabilitation

Dem Beginn der ambulanten Maßnahmen zur Rehabilitation Suchtkranker geht eine Vorbereitung- und Motivationsphase voraus. In dieser Phase erfolgen

- die Kontaktaufnahme
- die Entgiftung, medizinische Diagnostik und ggf. medizinische Behandlung
- die soziale und psychologische Diagnostik (Suchtmittelanamnese, biographische Anamnese, ggf. Persönlichkeitsdiagnostik und Leistungsdiagnostik zur psychometrischen Abklärung des hirnorganischen Psychosyndroms)
- Klärung der vordringlichsten sozialen Angelegenheiten
- Informationen zur Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten
- Motivation zu Abstinenz und Therapie
- Angehörigengespräche
- Festlegen von Therapiezielen
- Therapievereinbarung

Die Vorbereitungs- und Motivationsphase umfasst einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen. In ihr werden originäre Aufgaben einer Beratungsstelle realisiert. Die Patienten werden

in dieser Zeit engmaschig betreut, die Unterlagen zur Beantragung der ambulanten Entwöhnung werden erarbeitet. Die Patienten werden mit Zielstellung, Methode und zeitlichem Ablauf der Therapie vertraut gemacht. Diese Phase dient auch der Überprüfung des Grundanliegens des Patienten und seinen Möglichkeiten der Einhaltung von Vereinbarungen. Zum Ende der Vorbereitungszeit werden die zu bearbeitenden Therapieziele besprochen und eine Therapievereinbarung (siehe Anlage) unterzeichnet. Diese Therapievereinbarung regelt Rechte und Pflichten des Patienten und der Therapeuten.

5.4. Die ambulante Entwöhnungsbehandlung

Nach Durchlaufen der Vorbereitungs- und Motivationsphase, Antragstellung und Genehmigung der ambulanten Rehabilitation durch den Versicherungsträger kann die ambulante Therapie beginnen.

Die Behandlung umfasst einen Zeitraum von 12 Monaten, ggf. kann mit dem Leistungs- und Kostenträger eine Verlängerung auf 18 Monate vereinbart werden.

Während der ambulanten Entwöhnungsbehandlung gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungs- und Kostenträger.

5.4.1. Ziele der ambulanten Therapie

Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung mit dem Ziel der Krankheitsakzeptanz und Aufrechterhaltung der Abstinenz, Vermeidung von Rückfällen bzw. ggf. deren Bearbeitung
Bearbeitung aktueller und chronifizierter psychosozialer Konflikte

Hilfen bei der längerfristigen Lebensgestaltung

Einsicht in die der Suchtmittelleinnahme zugrundeliegenden psychischen Konflikte

Differenzierung der Selbstwahrnehmung und Stärkung des Selbstwerterlebens

Verbesserung sozialer Kompetenz

Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Während der gesamten ambulanten Behandlung nehmen die Patienten an psychotherapeutisch orientierten Gruppen- und Einzelgesprächen teil.

Die Arbeit in Gruppen ist auch im Rahmen der ambulanten Entwöhnung die bevorzugte Behandlungsform. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe ermöglicht dem Patienten eine größere Identifikation mit der Erkrankung, entlastet von Schuld- und Schamgefühlen, stärkt die Position des Einzelnen. Das Gemeinschaftsgefühl in der Gruppe wird häufig als Alternative zur psychischen und sozialen Isolation erlebt, es ermöglicht durch Konfrontation und Kooperation die Korrektur vorhandener Fehleinstellungen und Fehlhaltungen. Die Gruppenarbeit wird durch Einzelgespräche in regelmäßigen Zeitabständen ergänzt.

Eine Gruppe besteht in der Regel aus 10 bis 12 Patienten.

5.4.2. Aufbau des Therapieprogramms

Die Therapie im Rahmen der ambulanten Entwöhnung folgt einem psychoanalytischen / tiefenpsychologischen Ansatz (Rost 1994, Kernberg 1988, Burian 1994).

Zu den Aufgaben der Therapie gehört die Aufklärung der individuellen Ursachen der Sucht, d.h. der Erfassung und Bearbeitung der zugrundeliegenden Störung. Der therapeutische Prozess umfasst das gemeinsame Bemühen von Patient und Therapeut, den sich in der Krankheitsgeschichte regelmäßig wiederholenden Zusammenhang von tieferliegenden Ursachen, typischem aktuellen Anlass (Frustration, Konflikt, Kränkung usw.) und den Reaktionen (Trinken bzw. Trinkwünschen, depressive Verstimmungen usw.) durchschaubar zu machen.

Ziel ist dabei die Kompensation der Störung, d.h. die Entwicklung der Fähigkeiten, wie z.B. die Ich-Stärkung, die Entwicklung von Affekt- und Frustrationstoleranz, die Schaffung von Perspektiven für den Patienten. Gerade dieser Prozess ist sehr langwierig und für die Patienten mit dem Ende der eigentlichen Therapie nicht abgeschlossen.

Aus dem oben genannten wird ersichtlich, dass in der Therapie neben der Bearbeitung der ursächlichen Störungen selbstverständlich auch immer wieder das aktuelle Beziehungs-geschehen und z.B. die notwendige Abhilfe bei sozialen Problemen und persönlichen Konflikten und damit Rückfallrisiken Beachtung finden müssen. Dabei können auch stärker empfehlendes Arbeiten und direkte Interventionen indiziert sein.

Das Therapieprogramm der ambulanten Therapie umfasst drei Phasen:

1. Anwärmphase / Kontaktphase
2. Auseinandersetzungsphase
3. Stabilisierungsphase

1. Phase: Anwärm- und Kontaktphase (ca. 4 - 6 Wochen)

In dieser ersten Phase wird mit dem Patienten die Therapievereinbarung detailliert durchgearbeitet. Sie beinhaltet die formalen Grundlagen der Therapie und die Regelung für Krisensituationen.

Die Anwärm- und Kontaktphase dient im Gruppenprozess dem Vertrautwerden der Patienten untereinander. Sie sollte ein hohes Maß an Offenheit ermöglichen und das Interesse an den Mitpatienten wecken. Eine möglichst hohe Gruppenkohäsion erleichtert dem Einzelnen die Akzeptanz seiner Sucht-Problematik und erhöht sein Selbstwertgefühl.

Auch im dyadischen Therapieprozess sehen wir die Bedeutsamkeit der Anwärmphase darin, dass der Patient vertraut wird mit der Anforderung, über sich nachzudenken und zu sprechen. Hier wie auch im Gruppenprozess gilt es, gemeinsam persönlichkeitsbezogene Behandlungsziele zu erarbeiten, die über die Suchtmittelfreiheit hinausgehen.

Die Aufgaben des Therapeuten bestehen sowohl im dyadischen als auch im Gruppenprozess darin, eine akzeptierende, von emotionaler Wertschätzung getragene Atmosphäre herzustellen, den Prozess der Selbstöffnung voranzubringen und Verbindungen und Zusammenhänge zu verdeutlichen. Die erste Therapiephase verlangt eine aktive, steuernde aber auch zulassende Haltung des Therapeuten.

Parallel zum Gruppen- oder dyadischen Prozess sind Angehörigengespräche oder stützende Therapieformen unter Anleitung eines Psychologen (wie z.B. Entspannungstherapie) möglich.

2.Phase: Die Auseinandersetzungsphase (ca. 40 Wochen)

Ziel der zweiten Phase der Arbeit mit dem / den Patienten ist die Überwindung von Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Rationalisierung und Projektion. Weiterhin geht es um die Wahrnehmung von Gefühlen, dem Umgang mit Affekten und Emotionen und um die Erarbeitung von neuen Lebensperspektiven.

Der Patient sieht seine Suchtproblematik und die aktuelle Lebensgestaltung auf dem Hintergrund seiner persönlichen Lebensgeschichte, er wird mit Sichtweisen von Therapeuten und Mitpatienten konfrontiert.

Aufgabe der Therapeuten in dieser Phase der Therapie ist die Beachtung und Herausstellung individueller Einstellungs-, Erlebens- und Verhaltenscharakteristika, das Ermöglichen tolerierender, aber auch abgrenzender Reaktionen. Er trägt damit die Verantwortung für die Entwicklung von (Gruppen)Normen.

3. Phase: Stabilisierungsphase (4 -6 Wochen)

Ziel dieser abschließenden Stabilisierungsphase der Therapie ist die Bekräftigung der dauerhaften Abstinenzmotivation unter den Bedingungen der zunehmenden Loslösung aus dem therapeutischen Prozess sowie die Stärkung des kritisch - positiven Selbstbildes.

In dieser Phase der verstärkten Realitätserprobung bedarf der Patient der Einbindung in die therapeutische Situation, um nicht vorschnell einer Überhebung, Überforderung oder Enttäuschung zu unterliegen. Die Gruppe oder die therapeutische Dyade bietet hier den vertrauten Rahmen zur Realitätsskontrolle.

Nicht zu unterschätzen ist der günstige Einfluss von Gruppenmitgliedern, die sich in dieser Phase befinden auf neue Gruppenteilnehmer (vgl. 1. Phase). Aber auch die Konfrontation mit durchlebten Phasen gibt den Patienten dieser Stabilisierungsphase die Möglichkeit der Reflexion und Besinnung.

Die Möglichkeiten der aktiven Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe begleitet den gesamten Therapieprozess, sollten in dieser Phase jedoch verstärkt besprochen werden im Sinne einer Neuorientierung und perspektivischen Einbindung für die Zeit nach der ambulanten Therapie.

5.4.3. Umgang mit Rückfällen

Das Thema Rückfall wird in die therapeutische Arbeit einbezogen, sowohl im Sinne der prophylaktischen Bearbeitung als auch der Bearbeitung eines erfolgten Rückfalls. Dabei ist nach Körkel (1991) davon auszugehen, dass ein Rückfall in der Regel durch ein Bedingungsgefüge von sich wechselseitig beeinflussenden Faktoren entsteht.

In der therapeutischen Arbeit können Rückfallgefahren rechtzeitig erkannt werden und mögliche Verhaltensalternativen besprochen werden.

Nach Feuerlein (1989) bergen Rückfälle bzw. erkannte Rückfallsignale nicht nur das Risiko des Wiederbeginns des konstanten Missbrauchs bzw. der Abhängigkeit in sich, sondern auch die Chance und den Ansporn zur Steigerung der Bemühung um eine Veränderung. Dabei setzt der Therapeut möglichen verharmlosenden, ängstlich abwehrenden, verleugnenden oder auch resignativen Einschätzungen durch den Patienten eine Haltung entgegen, den Rückfall "als ein sehr ernstes Ereignis (zu begreifen), welches durch entsprechende Vorsorge möglichst zu vermeiden ist, aber auch nach seinem Auftreten nicht zwangsläufig zu erneutem Abgleiten in chronischen Alkoholmissbrauch führen muss" (Wohlfarth, 1988, S.170).

In der ambulanten Therapie werden frühere Rückfälle, deren Vorgeschichte, aktuell auftretendes Trinkverlangen, aber auch Wünsche nach Kontrollierbarkeit des Trinkens offen besprochen und analysiert.

Während der Therapie kann nur ein Rückfall toleriert werden. Ein Rückfall wird als Krisensituationen angesehen und leitet weiterführende Maßnahmen ein. Diese können sein: Einzelgespräche, ggf. aufsuchende Arbeit, Vermittlung in ambulante oder stationäre Entgiftung, Information an den Rentenversicherungsträger, erneute therapeutische Entscheidung. Ist der erste Rückfall so intensiv, dass der Patient stationär entgiftet werden muss, so wird hierüber der Versicherungsträger informiert, der dann über die Fortsetzung der ambulanten Rehabilitation entscheidet.

Erneute Rückfälligkeit oder ein Rückfall ohne Bereitschaft zur Aufarbeitung aber auch Hinweise für heimliches Trinken ohne Bereitschaft zur offenen Bearbeitung führen zum Abbruch der ambulanten Rehabilitation.

5.4.4. Realisierung der ambulanten Therapie

Die ambulante Therapie erfolgt vorrangig als Gruppentherapie. Sie dauert in der Regel 12 Monate. Eine Verlängerung (max. 18 Monate) bedarf der Beantragung beim Rentenversicherungsträger.

Es werden halboffene Gruppen geführt, die einmal wöchentlich in den Abendstunden realisiert werden. Eine Therapieeinheit dauert 100 Minuten.

Die Gruppenstärke sollte auf 10 - 12 Patienten beschränkt sein.

Die Gruppe wird durch Therapeut und Co-Therapeut geleitet.

Ergänzend zur Gruppe werden Einzelgespräche bei dem Bezugstherapeuten in vereinbarten zeitlichen Abständen angeboten.

Die Kombination von Gruppen- und Einzelgesprächen ist insbesondere indiziert:

- in der Anfangsphase der ambulanten Therapie
- bei schweren psychischen Störungen (z.B. spezifischer Angstsymptomatik)
- im Zusammenhang mit Krisensituationen.

Ergänzend zu der Gruppentherapie werden jedem Patienten 2 Angehörigengespräche angeboten. Darüber hinaus gibt es jährlich ein Angehörigenseminar.

Im Laufe der ambulanten Therapie bieten wir folgende Indikationsgruppen an: Vortragszyklus, Rückfallpräventionstraining, Entspannungstherapie (Autogenes Training), Kreatives Schreiben.

Einmal jährlich organisieren wir ein Ehemaligentreffen.

6. Die Mitarbeiter und deren Aufgaben

Arzt / Ärztin	Vorbereitungsphase	Anamneseerhebung Aufnahmebefund Ggf. Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie Kontakt zum behandelnden Arzt Indikationsstellung Erstellen eines individuellen Therapieplanes
	Therapie	Gruppen- und Einzeltherapie Verlaufsuntersuchung und Dokumentation Ggf. Zwischenuntersuchung
	Therapieende	Abschlussuntersuchung Abschlussbericht
PsychologIn	Vorbereitungsphase	Kontaktgespräch, Suchtmittelanamnese und biographische Anamnese Motivationsarbeit Persönlichkeits- und Leistungsdiagnostik
	Therapie	Gruppen- und Einzeltherapie oder Co-Therapie
SozialpädagogIn	Vorbereitungsphase	Kontaktgespräch und Sozialanamnese Motivationsarbeit Soziale Beratung
	Therapie	Gruppen- und Einzeltherapie oder Co-Therapie Spezifische soziale Beratung Angehörigengespräche

7. Qualitätssicherung und Dokumentation

Über die stattfindenden Gruppen- und Einzelgespräche werden Gedächtnisprotokolle angefertigt, so dass sowohl eine individuelle als auch gruppenbezogene Verlaufskontrolle möglich ist.

Es finden wöchentlich eine Dienstberatung statt, in der formale Sachverhalte und Organisatorisches besprochen wird. Zusätzlich findet 14tägig die Patientenbesprechung statt. In ihr werden regelmäßig Fallbesprechungen und Gruppenauswertung realisiert.

Die externe Supervision erfolgt in einem vierwöchigen Rhythmus

Supervisorin ist Fr. Prof. Dr. Geißler-Piltz.

Die Mitarbeiter der Ambulanten Rehabilitation Sucht haben suchtspezifische Zusatzausbildungen (mit VDR-Anerkennung) bzw. psychotherapeutische Ausbildungen wahrgenommen.

Für den Rentenversicherungsträger werden die geforderten Zwischen bzw. Abschlussberichte angefertigt.

Seit Januar 2004 nutzen wir das vernetzte Datenbanksystem für Suchthilfe – und Therapieeinrichtungen „Moonlight“.

Die Qualitätssicherung und –entwicklung erfolgt in Anlehnung an die DIN EN ISO 9001:2008.

8. Literatur

- Burian, W. : Die Rituale der Enttäuschung. Wien 1994
Feuerlein, W. : Alkoholismus, Missbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart 1989
Fuchtmann, E. : Ambulante Suchttherapie, Freiburg 1994
Kernberg, F. O. : Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten, Göttingen 1993
Körkel, J. : Praxis der Rückfallbehandlung, Wuppertal 1991
Rost, W.-D. : Psychoanalyse des Alkoholismus, Stuttgart 1992
Scheiblich, W. (Hrsg.) : Sucht aus Sicht psychotherapeutischer Schulen, Freiburg 1994
Wohlfahrt, R : Sucht und Rückfall als Ausdruck narzisstischer Störungen,
In Körkel, J. (Hrsg) : Der Rückfall des Suchtkranken - Flucht in die Sucht? Berlin 1988
www.berlin.de

9. Anlage Therapievereinbarung

Mit Frau/ Herrn
wird folgende Vereinbarung auf der Basis der Durchführungsbestimmung des Kostenträgers zur ambulanten Therapie getroffen:

1. Therapieziel:

Anliegen der ambulanten Therapie ist die Aufrechterhaltung und Festigung der Abstinenz von.....
.....
.....

die Bewältigung auftretender Krisen und die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Im Vordergrund der Behandlung stehen die festgestellte Abhängigkeit und die damit im Zusammenhang stehenden Problembereiche.

Die Behandlungsdauer richtet sich nach der Vorgabe des Kostenträgers (siehe Bewilligungsbescheid).

2. Mitwirkungspflicht

Voraussetzung für die Therapie ist Ihre aktive, verbindliche und regelmäßige Beteiligung am Therapieprozess. Dazu gehören:

- die wöchentlichen Gruppengespräche
- die individuell vereinbarten Einzelgespräche (in der Regel 14-tägig)
- die vereinbarten Bezugspersonengespräche (mit Ihnen und z.B. Ihren Angehörigen)
- die Vorträge

die Indikationsgruppen (verbindliche Teilnahme am Rückfallpräventionstraining, wahlweise am Autogenen Training und/oder Kreativen Schreiben), die teilweise auch sonnabends stattfinden

das Seminar für Ihre Angehörige ist verbindlich einzuplanen.

Für den medizinischen Teil der Therapie sind notwendig:

die ärztliche Anfangs,- Zwischen- und Abschlussuntersuchung unseres Beratungsstellenarztes, mit dem Termine zu vereinbaren sind

das Erbringen aktueller Leberwerte , die Sie durch Ihren Hausarzt bestimmen lassen (zum Zeitpunkt der Anfangs,- Zwischen- und Abschlussuntersuchung, sowie auf Veranlassung des Bezugstherapeuten).

Grundsätzlich gelten folgende Übereinkünfte:

die Verschwiegenheit zu allen Ihnen in der Therapie bekannt gewordenen Daten und Angelegenheiten

die Bereitschaft zu Atem-Alkoholkontrollen und ggf. Urinkontrollen

die rechtzeitige persönliche oder telefonische Entschuldigung bei dringender Verhinderung

das Vorlegen von ärztlichen Attesten bei mehr als einwöchigen Erkrankungen

längere Unterbrechungen der Therapie durch Urlaub über mehr als zwei Wochen sind nicht sinnvoll und stellen den Therapieprozess in Frage

zweimaliges unentschuldigtes Fehlen führt zur Beendigung der Therapie.

3. Umgang mit Rückfall und Krisensituationen

Unter einem Rückfall ist jede Form der Wiederaufnahme von Alkohol, anderer relevanter Suchtmittel oder des Suchtverhaltens zu verstehen. Ein verheimlichter Rückfall kann nicht toleriert werden und führt zur Beendigung der Therapie. Die Therapie kann fortgesetzt werden, sofern Therapeuten und Gruppe unverzüglich über den Rückfall in Kenntnis gesetzt werden, er nur von kurzer Dauer ist und angemessen analysiert wird. Hierfür beachten Sie bitte folgende Schritte:

- Nehmen Sie mit unserer Einrichtung Kontakt auf und vereinbaren Sie kurzfristig einen Einzelgesprächstermin mit Bezugstherapeuten oder einem/einer anderen Berater/-in. Sie können dabei auch bereits telefonisch Entlastung erfahren und über wichtige Schritte informiert werden.

- In dem Einzelgespräch geht es zunächst darum, ob und in welcher Form Sie Unterstützung benötigen für die sofortige Beendigung des Suchtmittelkonsums oder für eine Stabilisierung bei bereits selbständig beendetem Konsum.

- Danach erfolgt eine erste Auseinandersetzung mit den Auslösern und dem Verlauf des Rückfalles im Einzelgespräch. Ein weiteres Einzelgespräch zur Überprüfung der wieder gewonnen Stabilität wird kurzfristig vereinbart.

- Der Zeitpunkt der Wiederaufnahme in die Therapiegruppe wird durch die/den Bezugstherapeuten/-in entschieden. Auch in der Therapiegruppe erfolgt eine weitere Auseinandersetzung mit dem Rückfall.

- Bei nicht beendeten und/oder in kurzen Abständen wiederholten Rückfällen wird über eine Beendigung der Therapie oder Nachsorge entschieden und wir unterstützen Sie bei der Überleitung in eine andere Maßnahme, wie z.B. stationäre Therapie.

4. Verpflichtungen der Beratungsstelle

Die Mitarbeiter der Behandlungseinrichtung sind verpflichtet:

für eine vorurteilsfreie und offene Atmosphäre zu sorgen
ihre Erfahrungen und ihr Wissen in den therapeutischen Prozess einfließen zu lassen und
sich kollegial auszutauschen und zu unterstützen
die Schweigepflicht zu wahren.

Sollten Therapeuten ihren Verpflichtungen nicht nachkommen, bitten wir Sie, die Möglichkeiten zur Kritik zu nutzen (offenes Ansprechen, Beschwerdebögen, Abschlussgespräch).

5. Qualitätssicherung

Zu Beginn und Abschluss bzw. zur Auswertung der Therapie wird eine Befragung durchgeführt. Diese Befragung wird ein Jahr nach Therapieende durch einen zugesandten Fragebogen wiederholt (Katamnese).

6. Kostenregelung

Die Kosten der Behandlung werden auf Antrag des Patienten vom zuständigen Kostenträger (Rentenversicherung, gesetzliche Krankenkassen, Sozialamt) übernommen.

Für Selbstzahler richten sich die Kosten pro Behandlungseinheit (Einzelgespräch 50 Minuten, Gruppengespräch 100 Minuten, Bezugspersonengespräch 50 Minuten) nach der mit dem Rentenversicherungsträger ausgehandelten Kostenpauschale und sind an die Wuhletal gGmbH zu entrichten. Die Rechnungsstellung erfolgt vierteljährlich.

Ein ggf. von den Krankenkassen geforderter Eigenanteil ist gegen Rechnung an die Wuhletal gGmbH zu zahlen.

Zur Durchführung der Therapie bin ich mit den oben genannten Vereinbarungen einverstanden.

Ort , Datum

Patient/in

Therapeut/in
als rechtsgeschäftlicher Vertreter