

**Konzeption für die Durchführung von
Ambulanter Medizinischer Rehabilitation Sucht
im Trägerverbund ARS im Kreis Heinsberg¹**

Koordination des Trägerverbundes:

Trägerverbund ARS im Kreis Heinsberg
z. Hd. Frau Marlies Trapp, Dinstühlerstr. 29, 41836 Hückelhoven
Tel.: 02433-98145200, Fax: 02433-98145209
E-Mail: suchtfragen@caritas-hs.de

¹ Der Trägerverbund besteht aus dem Caritasverband für die Region Heinsberg e.V. und dem Kreis Heinsberg

Inhaltsverzeichnis

1	Trägerverbund	3
2	Die Suchtberatungsstellen	4
2.1	Die Suchtberatungsstellen des Gesundheitsamtes Kreis Heinsberg	4
2.1.1	Beratungsstellen	4
2.1.2	Öffnungszeiten und Erreichbarkeit	4
2.1.3	Aufgaben der Suchtberatung	4
2.1.4	Zielgruppen der Suchtberatungsstellen	5
2.1.5	Angebote der Beratungsstellen	5
2.1.6	Allgemeines	5
2.2	Die Beratungsstelle für Suchtfragen des Caritasverbandes und des Diakonischen Werkes	6
2.2.1	Öffnungszeiten und Erreichbarkeit	6
2.2.2	Leistungsspektrum der Beratungsstelle für Suchtfragen Hückelhoven	7
2.3	Einzugsgebiet und Lage	7
3	Zielgruppen und Räumlichkeiten für die Durchführung der Ambulanten medizinischen Rehabilitation Sucht	8
3.1	Zielgruppe der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Vollmaßnahme	8
3.2	Räumlichkeiten	9
3.2.1	Suchtberatungsstellen des Gesundheitsamtes	9
3.2.2	Beratungsstelle für Suchtfragen Hückelhoven	10
4	Rehabilitationskonzept	11
4.1	Theoretische Grundlagen	11
4.1.1	Lern- und verhaltenspsychologische Erklärungsansätze	12
4.1.1.2	Stress-Konzept der Sucht	13
4.1.1.3	Kognitives Modell der Sucht nach Beck	14
4.1.1.4	Erweiterung durch die Neuropsychotherapie nach Grawe	14
4.1.2	Menschenbild	15
4.1.3	Persönlichkeitsmodell	16
4.1.4	Therapeutisches Handeln auf dem Hintergrund des Persönlichkeitsmodells	16
4.1.5	Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen	17
5	Die Ambulante Medizinische Rehabilitation Sucht	20
5.1	Rahmenbedingungen	20
5.1.1	Voraussetzung	20
5.1.2	Indikationen	20
5.1.3	Kontraindikationen	21
5.1.4	Rehabilitationsziele	21
5.1.5	Rehabilitationsdauer	24
5.1.6	Beendigung	24
5.2	Diagnostik	25
5.2.1	Eingangsdagnostik	25
5.2.2	Verlaufsdagnostik	26
5.2.3	Abschlussdiagnostik	26
5.2.4	Aufgaben des Arztes in der ARS und Medizinische Diagnostik	26
5.2.5	Aufgaben der PsychologIn in der ARS und Psychodiagnostik	27
5.2.6	Aufgaben der SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen	29
5.3	Ausgestaltung der ARS	29

5.3.1	Aufnahmephase	29
5.3.2	Therapiephase	30
5.3.3	Ablösephase	31
5.3.4	Gruppensitzungen	31
5.3.5	Einzel Sitzungen	32
5.3.6	Angehörigenarbeit	32
5.4	Schwerpunktbereiche	32
5.4.1	Umgang mit Krisen	32
5.4.2	Zum Umgang mit Rückfällen / Rückfallprävention	33
5.4.3	Ergänzende Angebote	34
5.5	Die differenzierten Angebote in der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht	34
5.5.1	ARS – Weiterbehandlung	35
5.5.2	Kombinationsbehandlung	36
5.5.3	ARS – Nachstationär	39
6	Ambulante Nachsorge	40
7	Kooperation und Vernetzung	40
7.1	Regionale Kooperation und Vernetzung	40
7.2	Überregionale Kooperation und Vernetzung	40
8	Personal	41
8.1	Personalplan	41
8.2	Kommunikationsstruktur	41
8.3	Fortbildung / Supervision	41
9	Angaben zur Qualitätssicherung	42
9.1	Dokumentation	42
9.2	Qualitätssicherung	42
9.3	Hinweis auf den Datenschutz	42
9.4	Genderperspektive/Diversity	43
10	Notfallmanagement	43

Anhang

A1	Einsatz- und Funktionsplan ARS	45
A1.1	Vorbereitung und Vermittlung zur ARS	45
A1.2	Durchführung ARS	45
A1.3	Nachsorge	46
A1.4	Diagnostik	46
A1.5	Ergänzende Angebote	46
A2	Teilhabe am Arbeitsleben	47
A3	Behandlungsvertrag	48
A4	Hausordnung	50
A5	Wochenplan	51
A6	Personalstandliste	52
A7	Literaturverzeichnis	

1. Der Trägerverbund

Zum Verbund „Ambulante Rehabilitation Sucht im Kreis Heinsberg“ gehören die Beratungsstelle für Suchtfragen in Trägerschaft des Caritasverbandes für die Region Heinsberg eV.in Kooperation mit dem Diakonischen Werk für den Kirchenkreis Jülich und die Suchtberatungsstellen des Gesundheitsamtes als Teil des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Kreis Heinsberg.

Das Einzugsgebiet des Verbundes ist der Kreis Heinsberg. Die Einwohnerzahl beträgt ca. 250 000 Einwohner bei einer Fläche von 627,82 qkm.

Die Koordination für den Trägerverbund und damit auch die Funktion der Ansprechpartnerin für die Kosten- und Leistungsträger übernimmt die Psychologin des Verbundes. Die Organisation des Abrechnungswesens der ARS-Maßnahmen des ARS-Verbundes obliegt dem Sekretariat der Beratungsstelle für Suchtfragen (Caritasverband und Diakonisches Werk). Ebenso werden hier die Nachsorgemaßnahmen der Beratungsstelle für Suchtfragen, Hückelhoven, abgerechnet.

2. Die Suchtberatungsstellen

2.1 Die Suchtberatungsstellen des Gesundheitsamtes Kreis Heinsberg

2.1.1 Beratungsstellen

Gesundheitsamt
Valkenburger Str. 45, 52525 Heinsberg
Tel.: (0 24 52) 13 53 23
Fax: (024 52) 13 53 95
Mail: Suchtberatung@kreis-heinsberg.de
Offene Sprechstunde:
mittwochs von 09:00 – 11:00 Uhr

Gesundheitsamt
Atelierstr. 5, 41812 Erkelenz
Tel.: (0 24 31) 9 77 18-10
Fax: (0 24 31) 9 77 18 30
Mail: Gesundheitsamt.Erkelenz@kreis-heinsberg.de
Offene Sprechstunde:
donnerstags von 09:00 – 11:00 Uhr

Gesundheitsamt
Vogteistr. 16, 52511 Geilenkirchen
Tel.: (0 24 51) 9 11 19-0
Fax: (0 24 51) 9 11 19 29
Mail: Gesundheitsamt.Geilenkirchen@kreis-heinsberg.de
Offene Sprechstunde:
dienstags von 09:00 – 11:00 Uhr

4

2.1.2 Öffnungszeiten und Erreichbarkeit

Beratung und Behandlung wird nach telefonischer und persönlicher Terminvereinbarung angeboten. Bei Bedarf werden auch Abendtermine vereinbart.

Offizielle Öffnungszeiten sind in den Beratungsstellen:
montags bis donnerstags von 09:00 bis 12:30 Uhr und von 14:00 bis 16:00 Uhr
freitags von 09:00 bis 13:00 Uhr

2.1.3 Aufgaben der Suchtberatung

Die Suchtberatungsstelle des Kreises Heinsberg besteht seit 1970. Sie ist Teil des Sozialpsychiatrischen Dienstes und eine Einrichtung zur Beratung und Behandlung von Suchtkranken (abgekürzt allgemein: Sucht meint substanzgebundene und substanzunabhängige Süchte), Suchtgefährdeten und deren Bezugspersonen. Das Beratungs- und Behandlungsangebot umfasst neben persönlicher Einzelberatung/-behandlung Paar- und Familienberatung/-therapie, Vorbereitung und Vermittlung in stationäre Behandlungen, Krisenintervention und aufsuchenden Hilfen nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz, auch ein Gruppenangebot, das sich am jeweiligen Bedarf orientiert.

Einen besonderen Stellenwert nimmt die Suchtprophylaxe ein (beim Gesundheitsamt gibt es eine Prophylaxefachkraft), die schon im Vorfeld ein Missbrauchsverhalten verhindern helfen soll. Sie setzt an in der Familie, im Kindergarten, in der Schule, im Betrieb durch Information Beratung, Organisation, Moderation, Supervision, Fort- und Weiterbildung.

Die Angebote der Suchtberatungsstelle richten sich grundsätzlich an alle, die mit Problemen der Abhängigkeit konfrontiert sind. Standorte sind in Erkelenz, Geilenkirchen und Heinsberg. Träger ist der Kreis Heinsberg.

2.1.4 Zielgruppen der Suchtberatungsstellen

Wir beraten Menschen mit Alkohol- und Medikamentenproblemen bzw. Abhängigkeit, Menschen mit Konsum und Abhängigkeit von illegalen Drogen, Menschen mit Essstörungen, Spielsucht und anderen süchtigen Verhaltensweisen, aber auch Angehörige bzw. ganze Familien, die betroffen sind oder einfach nur Fragen haben.

2.1.5 Angebote der Beratungsstellen

Die Aufgabengebiete der Suchtberatungsstellen des Kreisgesundheitsamtes sind im Einzelnen:

- Informationen über Drogen und Sucht
- Beratung und Begleitung von Abhängigen legaler und illegaler Drogen
- Motivationsklärung und Motivationsarbeit
- Diagnostik und Indikationsstellung
- Psychosoziale Begleitung bei Substitution
- Beratung und Begleitung bei nicht stoffgebundenen Süchten (Essstörungen, pathologisches Glücksspiel)
- Krisenintervention
- Beratung und Begleitung von Bezugspersonen
- Vorbereitung auf und Vermittlung in Entgiftungsbehandlung
- Vorbereitung auf und Vermittlung in stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlung
- Einzel-, Paar- und Familientherapie
- Ambulante medizinische Rehabilitation Sucht (ARS), als therapeutisches Angebot anstatt oder im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung
- Nachsorge
- Vermittlung zu anderen Fachberatungsstellen (Schuldnerberatung, Sozialberatung, Erziehungsberatung, Eheberatung etc.)
- Suchtprävention (das Gesundheitsamt hat eine Präventionsfachkraft)
- Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
- Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (u.a. Bewährungshilfe, Krankenhäuser, stationäre Reha-Einrichtungen, Ärzte, Selbsthilfegruppen)

5

2.1.6 Allgemeines

Die Suchtberatung ist Teil des Sozial-Psychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes des Kreises Heinsberg. Träger der Einrichtung ist der Kreis Heinsberg. Dienstherr ist der Landrat des Kreises Heinsberg.

IK-Nummer: Vollmaßnahme 480 530 988 (Trägerverbund)

ARS nachstationär und Nachsorge für die Beratungsstellen des Kreises
134 180 062

Anschrift: Anschriften, Telefon, Fax, E-Mail-Adressen s.o.

Internetadresse: www.kreis-heinsberg.de

Verwaltungsleiter im Gesundheitsamt: Herr Veckes, 02452-135303

Name des ärztlichen Leiters: Herr Sommer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 02452-135351

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

2.2 Die Beratungsstelle für Suchtfragen des Caritasverbandes und des Diakonischen Werkes

Die Beratungsstelle für Suchtfragen hat ihren Sitz in Hückelhoven. Fast 30 Jahre lang an der Parkhofstr. 93a, seit März 2015 nun im Haus der Caritas, Dinstühlerstr. 29 und besteht seit 1986. Sie befindet sich in Trägerschaft des Caritasverbandes für die Region Heinsberg e.V. in Kooperation mit dem Diakonischen Werk für den Kirchenkreis Jülich.

Geschäftsführer: Herr Gottfried Küppers, Caritasverband für die Region Heinsberg e.V., Gangolfustr. 32, 52525 Heinsberg, Tel.: 02452-919228.

Verwaltungsleiter: Herr Claus Vaehsen, Caritasverband für die Region Heinsberg e.V., Gangolfustr. 32, 52525 Heinsberg, Tel.: 02452-919216.

Internet: www.caritas-heinsberg.de

Die Beratungsstelle ist zuständig für die ambulante Beratung, Begleitung, Betreuung oder Behandlung von Menschen, die mit einem Suchtmittel (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) oder z.B. mit ihrem Spiel- und Essverhalten Probleme entwickelt haben sowie deren Bezugspersonen.

Therapeutische Leitung: Frau Marlies Trapp, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin.

Dinstühlerstraße 29

41836 Hückelhoven

Tel.: 02433 98145200

Fax: 02433 98145209

Mail: Suchtfragen@caritas-hs.de

IK-Zeichen des Trägerverbundes: 480530988. Darüber hinaus verwendet die Beratungsstelle in Hückelhoven zur Abrechnung der nachstationären ARS und der Nachsorge noch ein eigenes Kennzeichen: 480530977.

2.2.1 Öffnungszeiten und Erreichbarkeit

Allgemeine Öffnungszeit und telefonische Beratungszeiten:

Montags, donnerstags und freitags: 09:00 – 12:00 Uhr

dienstags: 09:00 – 12:00 Uhr und 16:00 – 19:00 Uhr

Offene Sprechstunde in der Beratungsstelle (ohne Anmeldung):

Dienstags: 16:00 – 19:00 Uhr

donnerstags: 09:00 – 12:00 Uhr

2.2.2 Leistungsspektrum der Beratungsstelle für Suchtfragen, Hückelhoven

- Information über Drogen und Sucht
- Beratung und Begleitung von Konsumenten und Angehörigen bei Suchtfragen und -erkrankungen (legale u. illegale Drogen)
- Motivationsklärung und Motivationsarbeit
- Diagnostik und Indikationsstellung
- Psychosoziale Begleitung bei Substitution
- Beratung und Begleitung bei nicht stoffgebundenen Süchten (Essstörungen, pathologisches Glücksspiel)
- Krisenintervention
- Beratung und Begleitung von Bezugspersonen
- Vorbereitung auf und Vermittlung in Entgiftungsbehandlungen
- Vorbereitung auf und Vermittlung in ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation Sucht
- Ambulante Medizinische Rehabilitation Sucht
- Ambulante Medizinische Rehabilitation Sucht nachstationär / Weiterbehandlung
- Nachsorge
- Lauf-/Walkinggruppe für suchtkranke Menschen
- Eine Sprechstunde auf der Entzugsstation der Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ViaNobis (Dernbacher Gruppe Katharina Kasper) in Gangelt, mit dem Ziel das Suchthilfeangebot im Kreis Heinsberg bekannt zu machen und den Zugang zu ebnen.
- Aufsuchende Arbeit in der JVA (externe Drogenberatung in der JVA Heinsberg) mit dem Ziel der Therapievermittlung
- Vermittlung zu anderen Fachberatungsstellen (Schuldnerberatung, Sozialberatung etc.)
- Eine Angehörigengruppe für Partnerinnen von Suchtkranken
- Eine Elterngruppe für Eltern/Elternteilen von drogenabhängigen Kindern
- „Trampolin“, ein Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien
- Kurse zur Konsumreduktion (Kontrolliertes Trinken)
- Raucherentwöhnungskurse
- Prävention (Bereitstellung von Infomaterialien, Elterngespräche etc.)
- Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen (z.B. Supervision der Gruppenleiter und Überlassen von Räumlichkeiten zu deren Gruppentreffen)
- Zusammenarbeit mit anderen Institutionen z.B. Bewährungshilfe, Entgiftungseinrichtungen, stationären Behandlungseinrichtungen, Staatsanwaltschaft, Ärzten. Vermittlung in Selbsthilfegruppen

7

2.3 Einzugsgebiet und Lage

Der Landkreis Heinsberg ist ein sog. Flächenkreis, d. h. er hat eine relativ große räumliche Ausdehnung, mit mehreren kleinen städtischen Zentren. Aufgrund dieser Tatsache, mehrere kleine Zentren aufweisen zu können, ist die Kreisverwaltung Heinsberg a priori den Weg einer Dezentralisierung gegangen und so ist z. B. das Gesundheitsamt und die Suchtberatung in drei Städten des Kreises (Heinsberg, Geilenkirchen, Erkelenz) angesiedelt.

Die drei Suchtberatungsstellen des Gesundheitsamtes des Kreises Heinsberg und die Beratungsstelle für Suchtfragen des Caritasverbandes in Hückelhoven sind zuständig für den gesamten Kreis Heinsberg in allen Suchtbereichen (legale und illegale Suchtmittel).

3. Zielgruppen und Räumlichkeiten für die Durchführung Ambulanter medizinischer Rehabilitation Sucht

3.1 Zielgruppe der ARS-Vollmaßnahme

Eine ambulante Rehabilitation (Entwöhnung) kommt insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- Die Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet sind so ausgeprägt, dass eine ambulante Behandlung Erfolg versprechend erscheint und eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
- Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden. Es ist nicht ausreichend, dass die ambulante Behandlungsstelle allein die Funktion des intakten sozialen Umfeldes übernimmt.
- Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind.
- Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante Entwöhnung nicht aus. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit
 - zur aktiven Mitarbeit
 - zur regelmäßigen Teilnahme und
 - zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung vorhanden ist.
- Der/die Abhängigkeitskranke ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
- Auch bei einem langen oder intensiven Suchtverlauf kann die Indikation für eine ambulante Entwöhnung bestehen, wenn Abstinenzfähigkeit vorliegt, regelmäßige Terminwahrnehmung erfolgt und eine Motivation zur Veränderung erkennbar wird.
- Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d. h., die tägliche An- und Abfahrt z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der/die Abhängigkeitskranke muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (ca. 45 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurück zu kehren.

Das Behandlungsangebot des Trägerverbundes Ambulante Rehabilitation im Kreis Heinsberg richtet sich grundsätzlich an alkohol-, medikamenten- oder drogenabhängige Menschen ab 18 Jahre und ihre Angehörigen.

Eine ambulante Behandlung kann immer dann erwogen werden wenn mehr Unterstützung erwünscht und notwendig ist als durch Beratung und Selbsthilfegruppen geleistet werden kann, wenn eine stationäre Behandlung in einer Fachklinik nicht, noch nicht oder nicht mehr erforderlich ist.

Insofern stellt die ambulante Behandlung eine eigenständige Alternative zur stationären Behandlung in Betracht. Sie orientiert sich jeweils an dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Suchtforschung und -therapie.

3.2 Räumlichkeiten

3.2.1 Suchtberatungsstellen des Gesundheitsamtes

Hauptstelle: Suchtberatung Kreisgesundheitsamt

Valkenburgerstr.45

52525 Heinsberg

Tel. 02452-135323 oder 135352

Fax 02452-135395

Die Räumlichkeiten befinden sich im Gesundheitsamt innerhalb der Kreisverwaltung. Hier befinden sich die Büros der Mitarbeiter, die die ARS durchführen, sowie ein Gruppenraum, in dem die Gruppensitzungen der ARS stattfinden. Alle Büros sind mit Sitzgruppen und EDV-Arbeitsplatz ausgestattet. Darüber hinaus verfügt die Beratungs- und Behandlungsstelle über verschiedene Medien. Es gibt einen behindertengerechten Zugang, einen Fahrstuhl und behindertengerechte Toiletten.

9

Nebenstellen:

Suchtberatung Geilenkirchen

Vogteistr. 16

52511 Geilenkirchen

Tel. 02451-911190

Fax 02451-9111929

Die Räumlichkeiten befinden sich in einem mehrstöckigen Gebäude auf der 3. Etage. Hier befinden sich die Büros der Mitarbeiter, die die ARS durchführen, sowie ein Gruppenraum, in dem die Gruppensitzungen der ARS stattfinden. Alle Büros sind mit Sitzgruppen und EDV-Arbeitsplatz ausgestattet. Darüber hinaus verfügt die Beratungs- und Behandlungsstelle über verschiedene Medien. Es gibt einen behindertengerechten Zugang, einen Fahrstuhl und behindertengerechte Toiletten.

Suchtberatung Erkelenz

Atelierstr.5

41812 Erkelenz

Tel. 02431-9771810

Fax 02431-9771830

Die Räumlichkeiten befinden sich in einem mehrstöckigen Gebäude in der 1. Etage und werden geteilt mit der Außenstelle des Gesundheitsamtes und der Ambulanz der

Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR Klinik Viersen-Süchteln. Hier befinden sich die Büros der Mitarbeiter, die die ARS durchführen, sowie ein Gruppenraum, in dem die Gruppensitzungen der ARS stattfinden. Alle Büros sind mit Sitzgruppen und EDV-Arbeitsplatz ausgestattet. Darüber hinaus verfügt die Beratungs- und Behandlungsstelle über verschiedene Medien. Es gibt einen behindertengerechten Zugang, einen Fahrstuhl und behindertengerechte Toiletten und einen Wickeltisch.

3.2.2 Beratungsstelle für Suchtfragen, Hückelhoven

Beratungsstelle für Suchtfragen

Dinstühlerstr. 29

41836 Hückelhoven

Tel. 02433-98145200

Fax 02433-98145209

Die Räumlichkeiten befinden sich in einem mehrstöckigen Gebäude auf der 2. Etage. Hier befinden sich alle Büros der Suchtberater/der Mitarbeiter die die ARS durchführen, sowie ein Gruppenraum, in dem die Gruppensitzungen der ARS stattfinden. Alle Büros sind mit Sitzgruppen und EDV-Arbeitsplatz ausgestattet. Darüber hinaus verfügt die Einrichtung über verschiedene Medien. Es gibt einen behindertengerechten Zugang, einen Fahrstuhl und behindertengerechte Toiletten. Außerdem gibt es noch ein Büro für Mitarbeiter aus den Bereichen der Gemeindesozialarbeit und des Betreuten Wohnens der Caritas.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Ein gemeinsames Verständnis von Menschenbild, Persönlichkeitsmodell, Krankheits- und Gesundheitsmodell bzgl. Abhängigkeitserkrankungen bildet die Basis für die praktische Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Trägerverbund im Team „ambulante medizinische Rehabilitation Sucht“ (ARS-Team) therapeutisch arbeiten. Therapeutisches Arbeiten wird als theoriegeleitetes Handeln verstanden.

Die Basis für unser therapeutisches Handeln stellen die Erkenntnisse der Verhaltenstherapie, bzw. ihre Weiterentwicklung durch die kognitive VT (Beck), die therapie-schulenübergreifende Allgemeine Psychotherapie (Grawe) sowie deren Erweiterung durch die Neuropsychotherapie dar.

Im Folgenden stellen wir die Grundlagen der VT zusammengefasst dar:

4.1.1 Lern- und verhaltenspsychologische Erklärungsansätze

Aus Sicht der Verhaltenstherapie wird Sucht im Wesentlichen als ein erlerntes Fehlverhalten betrachtet. Die verhaltensanalytische und lernpsychologische Konzeption erklärt Suchtentwicklung mit einem selbstverstärkenden Bedingungsgefüge der Trinkeffekte und betont die zunehmende „Automatik“ der Suchtentwicklung. Aus lern- und verhaltenspsychologischer Perspektive gibt es drei Grundbausteine, mit welchen Suchtentstehung und Suchtaufrechterhaltung erklärt werden können: Klassische Konditionierung, Operante Konditionierung, Lernen am Modell (vgl. Tretter/Müller, 2001: 52 f.).

Klassische Konditionierung:

Auch wenn die Klassische Konditionierung etwas altertümlich anmutet, sind ihre Prinzipien auch heute noch gültig und können die Entstehung süchtigen Verhaltens zumindest miterklären. Die Klassische Konditionierung erklärt die Kontextbezogenheit des Substanzkonsums durch konstante situative Faktoren des Konsums.

Ihr Prinzip besteht in der sogenannten Stimulussubstitution: Löst ein – zumeist biologisch relevanter – Stimulus eine Reaktion zuverlässig aus, kann diese Funktion zukünftig auch durch einen anderen Reiz übernommen werden. Dies geschieht, wenn der zunächst neutrale Reiz mit dem ursprünglichen Stimulus in verlässlicher Weise gekoppelt wird (vgl. Reinecker, 2005: 76). Zum Beispiel kann Alkohol als un konditionierter Stimulus (UCS) und die Wirkung nach dem Alkoholkonsum als un konditionierte Reaktion (UCR) betrachtet werden. Auch können mit dem Alkohol verbundene neutrale Stimuli (CS), z.B. Bierglas/Kneipe, durch Verknüpfungen zu konditionierten Reaktionen (CR) führen, wenn diese mit häufigen Rauscherlebnissen gekoppelt werden. Auf diese Weise kann beispielsweise das Phänomen des Craving (Suchtdruck/Verlangen) erklärt werden.

Ausschlaggebend für die Suchtentwicklung ist hierbei also der Rauschzustand, die erlebte Zustandsänderung nach dem Konsum einer psychotropen Substanz, welcher als positiv erlebt wird, unabhängig davon, ob es sich um einen besonders angenehmen Zustand oder um die Minderung eines negativen Zustandes handelt.

Operantes Lernen:

Im Unterschied zum klassischen Konditionieren ist beim operanten Konditionieren (oder auch instrumentellen Lernen) nicht die Situation (S) für die Stabilität des Verhaltens so sehr ausschlaggebend, sondern eher die Konsequenzen (C) des Verhaltens. Zu einer Wahrscheinlichkeit der Zunahme des zukünftigen Auftretens bestimmter Verhaltensweisen/Reaktionen (R) führt die Darbietung eines positiven Verstärkers oder die Entfernung eines als aversiv erlebten Stimulus (negativer Verstärker).

Zu einer wahrscheinlichen Senkung der zukünftigen Verhaltensrate kommt es, wenn eine Bestrafung durch die Darbietung eines negativen Verstärkers bzw. die Entfernung eines positiven Verstärkers erfolgt (vgl. Reinecker, 2005: 80). Zusammengefasst lässt sich das Modell der operanten Konditionierung auf die Formel herunterbrechen: Verhalten mit unmittelbaren positiven Effekten wird wahrscheinlich wiederholt, Verhalten mit unmittelbaren negativen Effekten wird eher vermieden.

Speziell Alkohol und Nikotin wurden oft unter dem Aspekt ihrer negativen Verstärkungswirkung in Stresssituationen untersucht. Die Konsumenten beider Substanzen nannten als unmittelbare Konsequenzen Reduzierung von Stressreaktionen, Anspannung oder Ängsten, Gleichgültigkeit gegenüber Problemen, Reduzierung von körperlichen und psychischen Schmerzen etc. Hat die Person keine angemessenen oder ausreichenden Reaktionen gelernt, um mit den oben genannten Zuständen umzugehen, wird der Konsum psychotroper Substanzen wahrscheinlich zunehmen (vgl. Rist/Watzl in Gastpar/Mann/Rompelbacher, 1999: 40). Im Sinne einer positiven Verstärkung würde das Konsumverhalten erlernt, wenn z. B. Anerkennung in der Peer-Gruppe aufgrund von Trinkfestigkeit erfolgt, oder es dem Konsumenten beispielsweise leichter fällt, im Rausch soziale Kontakte zu knüpfen.

12

Weitere Prinzipien, welche für das instrumentelle Lernen eine Rolle spielen, sind die der Unmittelbarkeit und der Kontingenz. Damit der Organismus den Zusammenhang zwischen Verhalten und Verstärkung erkennen kann, sollte die Verstärkung unmittelbar auf das Verhalten folgen (vgl. Reinecker, 2005: 81). Beim Konsum psychotroper Substanzen ist davon auszugehen, dass die verstärkende Wirkung, welche durch den Rausch erlebt wird, umso intensiver wirkt, je näher sie an die Aufnahme gekoppelt wird. Bei der sogenannten biphasischen Wirkung des Alkohols wird z. B. in erster Linie die euphorisierende Wirkung direkt nach der Einnahme im Gehirn verankert, während die unangenehme Nachwirkung (z. B. in Form von Kopfschmerzen am nächsten Tag) in den Hintergrund rückt.

Zudem ist festgestellt worden, dass intermittierend (also unregelmäßig) verstärktes Verhalten lösungsresistenter ist als kontinuierlich verstärktes Verhalten. Aus psychologischer Sicht hat die Häufigkeit, mit der die Verstärkung auf die Reaktion folgt, Einfluss auf die Entwicklung einer Abhängigkeit. Wird zu Anfang eine Reaktion regelmäßig und unmittelbar verstärkt (kontinuierlich), dann wird diese Reaktion schnell gelernt. Nach Abschluss der Lern- /Erwerbsphase wird eine Reaktion eher aufrechterhalten, wenn sie nicht regelmäßig verstärkt wird, sondern wenn ein Verstärker unregelmäßig erfolgt (intermittierende Verstärkung). Folgt für eine begrenzte Zeit kein Verstärker, so nimmt die Reaktion sogar an Häufigkeit zu (vgl. Reinecker, 2005: 81; Vollmer in Thomasius, 2000: 57 f.).

Modelllernen:

Die Prinzipien des Modelllernens nehmen eine gewisse Zwischenstellung ein: Klassisch-lerntheoretische Annahmen sind ebenso bedeutsam wie kognitive Aspekte. Modelllernen bedeutet, dass eine Person durch die Beobachtung anderer Personen (Modelle) neues Verhalten bzw. neue Reaktionen erlernt und ausführt. Dabei lernt sie auch, in welchen Situationen das Verhalten am ehesten erfolgversprechend ist. Demnach werden nicht nur Verhaltensweisen gelernt, sondern auch Kognitionen und in gewisser Weise auch Emotionen (vgl. Vollmer in Thomasius, 2000: 55).

Die ersten Alkoholerfahrungen im Sinne des Modelllernens erfolgen im sozialen Kontext der Familie oder in Gruppen von Gleichaltrigen. Zur Erklärung der Folgen werden die oben beschriebenen Prinzipien der klassischen und operanten Konditionierung herangezogen (vgl. Soyka/Küfner, 2008: 121 f.).

4.1.1.2 Stress-Konzept der Sucht

Nach dem sogenannten Stress-Konzept der Sucht hat sich, vereinfacht ausgedrückt, bei Suchtkranken ein Reflex ausgebildet, negatives Befinden durch Substanzkonsum „wegzuregulieren“ (vgl. Tretter, 2008: 41). Es steht somit in einem engen Zusammenhang mit der Spannungsreduktionshypothese (vgl. Soyka/Küfner, 2008: 123) und lässt sich im Prinzip sehr gut mit dem Modell der operanten und klassischen Konditionierung kombinieren.

Negative Empfindungszustände können durch Umweltsituationen, die als Stressoren wirken, erzeugt werden, wobei neben objektiven Stressoren wie Partnerverlust, Arbeitslosigkeit etc. ein Großteil dessen, was als Stress empfunden wird, subjektiver Natur ist (wobei natürlich auch die Bewertung dieser oben genannten „objektiven Stressoren“ subjektiven Kriterien folgt). Die erlebte Bedrohung eines Reizes bzw. einer Situation und die erwartete Kompetenz, mit dem Stressor umzugehen, bestimmen letztlich den erlebten Stresszustand, der sich in Angst, Anspannung, Ärger oder depressiven Verstimmungen äußern kann. Stress ist somit in erster Linie ein Effekt von affektiv-kognitiven Bewertungsprozessen (Erwartungen, Pläne, gedankliche Einordnung des Erlebten etc.). Diese Zustände entstehen durch das Erleben der Belastung durch die Umwelt oder bei Unterschätzung von Barrieren des Handelns und letztlich bei geringen Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. Tretter, 2008: 41). Unter sozialen Stresssituationen erhöhen Alkoholgefährdete ihren Alkoholkonsum (vgl. Soyka/Küfner, 2008: 123).

13

Modellhaft lässt sich Stress als Regelkreis darstellen, in dem Diskrepanzen zwischen überhöhten Erwartungen als Soll-Wert und Wahrnehmungen als Ist-Wert abgeglichen werden. Fällt die Bilanz zwischen gewünschtem Zustand und der Ist-Situation negativ aus, entstehen unangenehme Gefühle, welche normalerweise Denkprozesse anregen können, wie das Verhalten anders geplant und gestaltet werden kann, um die Diskrepanz zwischen „Ist“ und „Soll“ wieder auszugleichen (vgl. Tretter, 2008: 40).

Psychotrope Substanzen können zur Dämpfung der bei Stress auftretenden, negativ erlebten Empfindungen eingesetzt werden (vgl. Tretter, 2008: 40 f.). Eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung zur Bewältigung von Stresssituationen kann in diesem Sinne als disponierender Faktor angesehen werden, wobei dieses Defizit durch die sogenannte „Alkoholkompetenz“ kompensiert wird. Rückfälle werden in diesem Zusammenhang hauptsächlich mit Stresssituationen in Verbindung gebracht, wobei mangelnde Stressbewältigung zu einem erneuten Rückgriff auf die „Alkoholkompetenz“ führt (vgl. Soyka/Küfner 2008: 124).

Wegen der wechselseitigen Beeinflussung zwischen Stress und Alkohol ist eine differenzierte Betrachtungsweise notwendig. Mangelnde soziale Kompetenzen als Teil der Stressanfälligkeit können zu Stresssituationen verschiedenster Art beitragen, die wiederum durch Alkoholkonsum als dem „allgemeinen Problemlöser“ besser bewältigt werden können. Somit wird in einigen empirischen Untersuchungen zu diesem Thema zwischen alkoholunabhängigen und alkoholabhängigen Stressereignissen unterschieden.

Bezogen auf das Stresskonzept kann das Suchtverlangen zum Teil durch Erfolgserwartungen hinsichtlich der Alkoholwirkung erklärt werden (vgl. ebd.: 123).

Das im folgenden Abschnitt beschriebene Modell beschäftigt sich näher mit der Bedeutung der Wirkungserwartungen in Bezug auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtverhalten.

4.1.1.3 Kognitives Modell der Sucht nach Beck

Kognitive Modelle heben die Rolle von Wahrnehmung, Erwartung, automatisierten Denkabläufen, Bewertungsprozessen und intentionalem Handeln (Handlungspläne) bei der Entwicklung und Steuerung von Verhalten (somit auch der Sucht) in den Vordergrund (vgl. Trepper/Müller, 2001: 54).

Beck geht bei seiner kognitiven Theorie der Sucht von dysfunktionalen Grundannahmen aus, die als automatische Gedanken und kognitive Schemata das Verlangen nach Alkohol auslösen. Grundannahmen sind bei der Bildung von Erwartungen beteiligt, die den Drang formen. Durch Stressoren aktiviert, erzeugen diese Grundannahmen Angst, Dysphorie oder Ärger. Entscheidend ist zu beachten, dass die Auslösesituationen nicht direkt Verlangen erzeugen, sondern erst die suchtspezifischen Gedanken. Also löst erst die Bedeutung, die dieser Situation beigemessen wird, das Verlangen aus. Haben Personen z. B. die Grundannahme, dass sie bestimmte emotionale Zustände wie Angst, Traurigkeit, Ärger nicht aushalten können, sind sie besonders sensibel für solche Situationen und bauen Erwartungen auf, diesen Situationen durch Drogen oder Alkohol zu entfliehen. Es wird auf diese Weise versucht, den negativen Affekt durch Drogen- oder Alkoholkonsum zu neutralisieren.

Der Prozess, durch den suchtbezogene Gedanken zu Alkohol- oder Suchtmittelkonsum führt, kann nach Beck wie folgt ablaufen:

- Auslösen antizipatorischer Gedanken, die sich auf die positiven Wirkungserwartungen durch Alkohol bzw. Drogen beziehen;
- die antizipatorischen Gedanken gehen in imperative Gedanken über, die den Konsum des Suchtmittels als Notwendigkeit und das Verlangen als unkontrollierbar erscheinen lassen;
- die antizipatorischen Gedanken führen zur Aktivierung von Verlangen und zu erlaubniserteilenden Gedanken, die den Konsum legitimieren;
- durch das imperative Verlangen verstärkt sich die Entwicklung von Plänen, auf welche Weise die Substanz beschafft und konsumiert werden kann (vgl. Beck, 1997: 45 ff.).

4.1.1.4 Erweiterung durch die Neuropsychotherapie nach Grawe

Diese um neurowissenschaftliche Methoden bereicherte Neuropsychotherapie strebt an, unter Berücksichtigung der Erkenntnisse über die Plastizität unseres Gehirns, konkreter über Bahnung neuer Erfahrungen und Hemmung alter schädlicher Verhaltensweisen das Gehirn zu verändern. Dies aber nicht durch Beschäftigung mit dem Gehirn, sondern mit den Lebenserfahrungen die der Mensch macht. Grawe führt aus,

dass das Gehirn darauf spezialisiert ist, Lebenserfahrungen zu verarbeiten. Diese Lebenserfahrungen sind bedeutsam im Hinblick auf seine Grundbedürfnisse, die jedem Menschen mit seinen Hirnstrukturen mitgegeben sind. Von der Erfüllung dieser Bedürfnisse hängt das Glück des Menschen an. Der Miteinbezug der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse in der Behandlung führt dazu, dass ein Therapieziel ist, das Gehirn in einen Zustand zu bringen, in dem es eine gute Befriedigung der Grundbedürfnisse ermöglicht. Nach Grawe ist die beste Art das Gehirn gesünder zu machen, eine bessere Bedürfnisbefriedigung. Das bedeutet, dass der neuere Erkenntnisstand über die Bedeutung der Grundbedürfnisse, der motivationalen Schemata (annähernde und vermeidende motivationale Schemata) sowie die Ergebnisse der Untersuchungen zur neuronalen Plastizität unseres Gehirns in der ambulanten medizinischen Rehabilitation Berücksichtigung finden.

4.1.2 Menschenbild

Die Grundhaltung des Teams und ihre Arbeit ist geprägt von einem ganzheitlich humanistischen Menschenbild auf einem christlichen Hintergrund, welches sowohl psychodynamische Faktoren bzgl. der Entwicklung der Person, als auch die neueren Erkenntnisse aus der Hirnforschung dazu sowie Prozesse der Lern- und Lebensgeschichte und die Bedeutung des familiären Lebenszykluses in die Diagnose und Behandlung mit einbezieht.

Ein solches Menschenbild verpflichtet dazu, den Menschen in seiner Einzigartigkeit zu sehen, sein Verhalten, seine Gefühle und seine Denkweisen zu respektieren, den Sinn der darin stecken kann zu berücksichtigen und damit seine Würde zu achten. Daher stellt die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer hilfreichen Beziehung zum Rehabilitanden, die seine Person mit seinem Anliegen in den Mittelpunkt stellt, die bedeutsamste Voraussetzung therapeutischer Arbeit dar. Wie Grawe in seinen Studien zur Wirksamkeit verschiedener Therapiestile nachweisen konnte, stellt die Qualität der therapeutischen Beziehung und damit die Art und Weise, in wie fern dem Bindungsbedürfnis des Klienten an den Therapeuten entsprochen werden kann einen der am besten gesicherten Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis dar. Wir gehen davon aus, dass Menschen nur in Beziehungen zu anderen Menschen existenzfähig sind und ihre Lebensfähigkeit im hohen Maße von dem Verlauf der täglichen Begegnung und Auseinandersetzung mit anderen bestimmt wird (interpersonale Sichtweise).

Gleichzeitig strebt der Mensch nach weitgehender Autonomie und Vollständigkeit seiner Persönlichkeit (im Sinne der humanistischen Psychologie) sowie nach Konsistenzregulation (konsistenztheoretische Modell, motivationale Schemata). Die wichtigsten Konstrukte der Konsistenztheorie und ihre Zusammenhänge miteinander werden durch die motivationalen Schemata dargestellt, durch die das Erleben und Verhalten eines Menschen unmittelbar bestimmt wird. Die motivationalen Schemata, die der Mensch im Laufe seines Lebens entwickelt, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und sich vor Verletzung zu schützen werden in annähernde und vermeidende motivationale Schemata aufgeteilt. Wächst ein Mensch in einer Umgebung auf, die ideal auf die Befriedigung seiner Bedürfnisse eingestellt ist, wird er hauptsächlich annähernde motivationale Ziele entwickeln und damit viele Erfahrungen machen mit deren positiven Befriedigung.

Wächst ein Mensch dagegen in einer Umgebung auf, in der seine Grundbedürfnisse immer wieder verletzt, bedroht oder enttäuscht werden, wird er Vermeidungs-Schemata entwickeln, um sich vor weiteren Verletzungen zu schützen. In einer verletzenden Umgebung kann Vermeidung als günstige Anpassung gesehen werden. Stark ausgeprägte Vermeidungs-Schemata verstellen jedoch in der späteren Entwicklung

den Weg zur positiven Bedürfnisbefriedigung. Dabei spielt die bahnbrechende oder hemmende Wirkung auf das Gehirn eine wesentliche Rolle.

Ein ganzheitlicher Ansatz berücksichtigt die verschiedenen Dimensionen menschlichen Lebens unter Einbeziehung der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse und seines Lebenskontextes.

4.1.3 Persönlichkeitsmodell

Wir verstehen die Persönlichkeit eines Menschen als die Gesamtheit seiner genetisch, neurologisch, biologisch, sozial und historisch bedingten physischen und psychischen Eigenschaften und deren Interaktion mit der Umwelt. D.h. eine wichtige Voraussetzung für die Konstituierung der Persönlichkeit ist die Beziehung und die Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen, in der die späteren Erlebens- und Verhaltensweisen entwickelt werden. Auf Grundlage angeborener individueller Dispositionen (Genetik, Neurowissenschaft) steht und handelt das Individuum in Wechselbeziehung zur Gesellschaft und interagiert aktiv mit seiner Umwelt, beeinflusst durch die Biographie und dem Kontext seiner Beziehungen. Jeder Mensch hat prinzipiell die Möglichkeit zum eigenen aktiven und schöpferischen Handeln, kann damit Einfluss nehmen auf sein eigenes Verhalten und seine Beziehungen und den Kontext verändern. Somit ist er verantwortlich für sein Verhalten und seine Einstellungen. Dies beinhaltet ebenso die Bewusstmachung seiner Einzigartigkeit und die der anderen.

4.1.4 Therapeutisches Handeln auf dem Hintergrund des Persönlichkeitsmodells

Für unser therapeutisches Handeln ergibt sich daraus eine intensive Beschäftigung mit den Grundbedürfnissen des Menschen. Nach Grawe sind dies:

Bedürfnis nach:

- Orientierung, Kontrolle und Konsistenz
- Lust
- Bindung
- Selbstwerterhöhung

Für die Ätiologie und die Behandlung sind von herausragender Bedeutung das Bindungsbedürfnis und das Kontrollbedürfnis. Daher sollen diese beiden hier näher ausgeführt werden. Besonders das Bindungsbedürfnis ist gut beforscht. Fehlte in der frühen Kindheit eine positive Bindungsbeziehung, wurden wichtige neuronale Reaktionen, die Angst oder andere negative Emotionen dämpfen können, nicht gebahnt. Diese Kinder können negative Emotionen schlechter regulieren. Als Erwachsene zeigen sie somit Probleme der Selbstregulation. Fast jede psychische Störung ist durch die Unfähigkeit, negative Emotionen zu regulieren, gekennzeichnet. Die neurobiologische Bindungsforschung legt nahe, dass dieses Defizit und Risiko für die Ausbildung einer psychischen Störung sehr früh in der Ontogenese eines Menschen angelegt werden, lange bevor erinnerbare Gedächtnisinhalte entstehen.

D. h. man geht davon aus, dass die zwischenmenschlichen Vorgänge, die zur Entwicklung der spezifischen motivationalen Schemata und sonstigen Reaktionsbereitschaften, die um das Bindungsbedürfnis herum entwickelt wurden, nicht erinnerbar sind. In der Behandlung ist es somit nicht möglich, die tatsächliche Ursache der individuellen Leidensgeschichte herauszufinden, maximal solche Ereignisse, die sich später (nach dem 3. bzw. 4. Lebensjahr) ereigneten. Diese können wie ein Glied einer Kette, die viel früher begann, gesehen werden.

Der Zusammenhang zwischen unsicherem Bindungsmuster und psychischer Störung hat nicht nur ätiologische Bedeutung, sondern wirkt sich auf die Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehungen der Rehabilitanden aus (in seinem persönlichen Umfeld wie auch bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung). Die weitreichenden Folgen eines unsicheren Bindungsmusters müssen in der Behandlung analysiert werden (anhand evtl. problematischer Konstellationen von annähernden und vermeidenden motivationalen Schemata). Interaktionellen Aspekten zwischen Behandler und Rehabilitand kommt eine hohe Bedeutung zu.

Ein weiteres grundlegendes Bedürfnis mit weitgehender Bedeutung für die psychische Gesundheit eines Menschen ist das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle. Je nach den Lebenserfahrungen, die ein Mensch bezüglich seines Kontrollbedürfnisses (vor allem in der frühen Kindheit) macht, entwickelt er eine Grundüberzeugung darüber, ob es sich lohnt, sich für etwas einzusetzen und zu engagieren oder ob er keinen Einfluss auf das Leben nehmen kann. Positive Kontrollerfahrungen, d.h. die Erfahrung, dass man mit dem eigenen Verhalten erfolgreiche Wirkungen im Sinne bestimmter Ziele herbeiführen konnte, führen zu positiven Kontrollüberzeugungen (Rotter, 1966) bzw. zu positiven Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura, 1977). Etwas nicht mehr kontrollieren zu können (wie z.B. Substanzkonsum), stellt eine Verletzung des Grundbedürfnisses nach Kontrolle dar. Psychische Störungen, wie die Abhängigkeitserkrankung oder begleitende Störungen, die der Rehabilitand als nicht mehr durch ihn kontrollierbar erlebt, stellen also immer eine Verletzung des Kontrollbedürfnisses dar. Psychoedukation und Erklärungen versetzen ihn in die Lage, mit seinen Problemen besser umzugehen und lindern die Verletzung des Kontrollbedürfnisses.

Daraus ergibt sich, dass folgende Methoden als hilfreich anzunehmen sind:

- Informationsvermittlung über die Krankheit, den Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten, Psychoedukation
- Motivationsaufbau/Arbeit mit Ambivalenzen (Miller & Rollnick)
- Verbesserung der Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Bedürfnisse
- Analyse der Grundbedürfnisse (was wird angestrebt, was vermieden)
- Funktion des Suchtmittels dabei analysieren
- Biografischen Hintergrund herausarbeiten
- persönliche Einflussmöglichkeiten, Erstellen von Notfallplänen, Rückfallprophylaxe, Risikosituationen erkennen
- Ressourcenaktivierung
- Stressmanagement verbessern
- Achtsamkeit und Entspannungstechniken mit einbringen
- Erarbeiten und Einüben neuer alternativer Verhaltensstrategien

Therapeutische Veränderungsprozesse sollen daher diese Elemente berücksichtigen. Diese Methoden sollen in einer positiven therapeutischen Beziehung im Sinne von Klarheit, Zuverlässigkeit, Zugewandtheit, Empathie gelebt werden, so dass die therapeutische Beziehung eine sichere Basis darstellt. Die im Trägerverbund ARS tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen alle über entsprechende von den Kosten- und Leistungsträgern anerkannten Weiterbildungen, die auf der Integrativen Therapie, Verhaltenstherapie, Systemischen Therapie, dem Psychodrama und der Tiefenpsychologie fußen.

4.1.5 Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen

Dem Urteil des Bundesozialgerichts von 1968 folgend betrachten wir Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder anderen Suchtmitteln als behandlungsbedürftige Krank-

heit. Wir orientieren uns an den Begriffsbestimmungen, die sich aus der ICD¹-10 sowie der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ergeben. Dort wird unterschieden nach Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit. Missbrauch tendiert zur Abhängigkeit, ist als solcher jedoch nicht unbedingt behandlungsbedürftig. Substanzabhängigkeit dagegen wird als die im allgemeinen schwerere Form der Störung durch psychotrope Substanzen als der Substanzmissbrauch beschrieben und schließt körperliche Abhängigkeit ein, die durch Toleranz- oder Entzugerscheinungen nachgewiesen werden kann.

Folgende Faktoren können u.a. einer Abhängigkeitserkrankung zugrunde liegen:

- traumatische Erfahrungen in der Entwicklung,
- psychische Krisen und Konflikte,
- soziale Krisen und Konflikte,
- genetische Aspekte,
- somatisch bedingte Krisen und eine Abfolge von Ereignisketten.

Zum Verständnis der Psychodynamik nutzen wir den analytisch orientierten Ich-psychologischen Ansatz, der den Konsum von Suchtmitteln als eine Art Selbstmedikation im Sinne eines Selbstheilungsversuches beschreibt, um körperliche, psychische und soziale Konflikte subjektiv sinnvoll bewältigen zu können. Dabei werden Suchtmittel verwandt, um drohende psychische Desintegration abzuwenden, ebenso um Gefühle von Leere, Minderwertigkeit, Langeweile, Einsamkeit, Depression und Angst bewältigen zu können. Darüber hinaus kommt dem Suchtmittelkonsum selbstwertstabilisierender Charakter zu. Suchtmittelkonsum als missglückter Lösungsversuch von persönlichen Krisen führt allerdings in der Regel zu Verstärkung oder Neuinszenierungen von Problemen und Konflikten. Das Beziehungsgleichgewicht der Familie gerät dadurch meist ins Wanken oder es entsteht eine Beziehungsstagnation, die auf Dauer zu einer Chronifizierung des Suchtmittelmissbrauchs mit der Gefahr der Abhängigkeit führt. Abhängigkeit wird damit verstanden als eine grundlegende Störung zu sich selbst und anderen Menschen, einhergehend mit einer Einschränkung der Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten.

18

Diese Faktoren können jedoch nicht isoliert betrachtet werden, sondern immer im Zusammenhang eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges, d.h. es gibt nicht nur eine Einflussquelle für das Entstehen und die Entwicklung einer Abhängigkeit, sondern mehrere, die sich gegenseitig bedingen: Die Substanz (Droge), die Umwelt und das Individuum.

Diese Sichtweise bedingt ein bio-psycho-soziales Gesundheits- und Krankheitsmodell des ARS-Teams, welches die Entstehung von Abhängigkeit in der Interaktion zwischen psychischen und somatischen Bedingungen des Individuums sowie sozialen (Kontext-)bedingungen und der Beschaffenheit des speziellen Suchtmittels sieht. Somit fußt der Behandlungsansatz auf einem Zusammenspiel psychosozialer, psychotherapeutischer und medizinischer Überlegungen. Während die ICD Krankheiten individualzentriert durch Symptom- bzw. Defizitorientierung definiert erweitert das 2001 von der WHO beschlossene Klassifikationssystem ICF², diese Sichtweise durch den Einbezug von Kontextfaktoren und der Beschreibung der konkreten Funktionsfähigkeit und Behinderung einer erkrankten Person. Der Teil 1, der sich mit der Funktionsfähigkeit und Behinderung beschäftigt, gliedert sich nochmal auf in die Bereiche der Körperfunktionen und –strukturen sowie den Bereich der Aktivitäten und Partizipation. Der

¹ ICD = International Classification of Diseases

² ICF = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Teil 2, der sich mit den Kontextfaktoren beschäftigt, gliedert diese nochmals in Umwelt- und personenbezogene Faktoren auf. Daraus ergibt sich eine ganzheitliche Betrachtung. Da die ICF in das SGB integriert ist, ist sie Teil der medizinischen Rehabilitation geworden. Somit ist Diagnose und Therapie an ICD und ICF zu orientieren.

5. Die Ambulante Medizinische Rehabilitation Sucht (ARS)

Wenn die Interessenten an der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht durch die Beratungsstellen unseres Verbundes auf die ambulante Rehabilitation vorbereitet werden, durchlaufen sie in der Regel zwei Phasen:

1. die Kontakt- und Informationsphase
2. die Motivationsphase

In der Kontakt- und Informationsphase finden mehrere Gespräche statt, in denen die Kriterien für eine ambulante oder stationäre Rehabilitation gemeinsam mit den Interessenten für ARS besprochen werden. Aufgrund der ambivalenten Motivationslage vieler suchtmittelabhängiger Menschen werden die Möglichkeiten und die Konsequenzen der Rehabilitation eingehend besprochen. Voraussetzung für eine Antragstellung ist die Entscheidung der abhängigkeiterkrankten Menschen, den Suchtmittelkonsum zu beenden, Abstinenzfähigkeit, Absprachefähigkeit und die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit an der Rehabilitation. Nach der thematischen Abklärung und der Erstellung der Sozialberichte endet die Phase mit dem Antragsverfahren für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme.

Die Motivationsphase dient der Festigung der Motivation, der erweiterten Diagnostik und der Arbeit an den Zielkriterien.

Bei Erteilung einer Bewilligung des Kosten- bzw. Leistungsträgers werden entsprechende Schritte eingeleitet.

Zwischen der Rehabilitationsstelle und den RehabilitandInnen wird ein verbindlicher Therapievertrag geschlossen.

5.1 Rahmenbedingungen

20

5.1.1 Voraussetzungen

Das Angebot der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht richtet sich an Abhängigkeitskranke, die folgende persönliche Voraussetzungen erfüllen:

- in einem stabilen und intakten Bezugsrahmen leben (soziales Umfeld – drogenfreie Bezugspersonen)
- einen gesicherten Lebensunterhalt haben (dazu zählen auch Sozialhilfeempfänger)
- über einen festen Wohnsitz verfügen, d.h. die Erreichbarkeit der Patienten muss gewährleistet sein
- die Bereitschaft mitbringen, sich mit der Gruppe und sich selbst auseinander zu setzen
- soweit über Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen, dass eine Verständigung möglich ist.

Neben diesen persönlichen Voraussetzungen sind die folgenden medizinischen Voraussetzungen zu prüfen.

5.1.2 Indikationen

Neben einer abgeschlossenen Entgiftungsbehandlung bzw. bestehender Abstinenz zu Beginn der Maßnahme sind folgende Vorbedingungen zu erfüllen:

- Rehabilitationsbedürftigkeit und –fähigkeit
- Bereitschaft, abstinent leben zu wollen
- Eine positive Prognose

Ambulant behandelt werden substanzabhängige Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr mit folgenden Erstdiagnosen:

- Störungen durch Alkohol (F10.2x)
- Störungen durch Opioide (F11.2x)
- Störungen durch Cannabinoide (F12.2x)
- Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13.2x)
- Störungen durch Kokain (F14.2x)
- Störungen durch sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein (F15.2x)
- Störungen durch Halluzinogene (F16.2x)
- Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19.2x) nach ICD-10.

Auch begleitende Diagnosen (Zweitdiagnose) wie z.B. pathologisches Glücksspiel (F63.0 nach ICD-10), depressive Störungen (F3.x.x nach ICD-10), Angststörungen (F40.x, F41.x nach ICD-10) Persönlichkeitsstörungen (F60.x nach ICD-10), schädlicher Gebrauch von Tabak und Tabakabhängigkeit (F17.1, F17.2x nach ICD-10) sowie paranoide Schizophrenien (F20.x), wenn diese entaktualisiert oder neuroleptisch gut eingestellt sind, so dass eine Reha-Fähigkeit gegeben ist, können mitbehandelt werden. Komorbide RehabilitandInnen mit paranoider Schizophrenie oder bipolar affektiver Störung werden engmaschiger vom ARS-Arzt (Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie) betreut.

5.1.3 Kontraindikationen

Das Angebot der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht kann den Bedürfnissen und Anforderungen an folgende Personengruppen nicht gerecht werden:

21

RehabilitandInnen,

- die eine stationäre Rehabilitation benötigen
- die ihre Entscheidung zur Abstinenz in ihrem derzeitigen Umfeld nicht aufrechterhalten können und während der Maßnahme in einem solchen Maße erneut konsumieren, dass eine Entgiftungsbehandlung unumgänglich ist
- mit schweren Störungen im seelischen, körperlichen und sozialen Bereich, die eine erfolgreiche Rehabilitation in Frage stellen (z.B. Psychosen (ICD 10 F 20 bis F 29, F30 bis F39) akute Suizidalität, schwere organische Erkrankungen (ICD 10 F 00 bis F09), bestehende Obdachlosigkeit, bzw. die eine stationäre Rehabilitation erfordern
- mit schwerwiegenden intellektuellen Beeinträchtigungen (ICD 10 F 70 bis F 79).

In Kooperation mit unserem Arzt wird eine evtl. Kontraindikation, auch anhand der ärztlichen Unterlagen, abgeklärt.

5.1.4 Rehabilitationsziele

Hauptziele der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht für Alkohol-, Medikamenten- und Abhängige von illegalen Drogen sind:

1. Wiedererlangung bzw. Erhaltung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben

Teilziele:

- Aufbau einer beruflichen Perspektive, ggfl. berufliche Wiedereingliederung und notwendige Hilfen im sozialen Umfeld
- Finden einer beruflichen Identität
- Klärung und Verbesserung der Beziehungen zu Arbeitskollegen und zum Arbeitgeber
- Verbesserung der Arbeitsqualität
- Wahrnehmung von Fortbildungsmaßnahmen zur beruflichen Qualifizierung
- Verbesserung der Konfliktbewältigung am Arbeitsplatz

2. Festigung der Abstinenzmotivation und Vertiefung der Krankheitseinsicht, um die Verbesserung des Leistungsvermögens zu erreichen, ist neben der rationalen Krankheitseinsicht auch eine dauerhafte emotionale Akzeptanz notwendig. Die in der Motivationsphase erarbeitete kognitive Einsicht in die Abhängigkeit soll im Verlauf der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht vertieft werden.

Damit eine dauerhafte Abstinenz erreicht wird, ist es unabdingbar, die Krankheitseinsicht emotional zu verankern.

In diesem Zusammenhang ist auch die Negativ- Stigmatisierung der Sucht aufzulösen, was zum Beispiel durch den Abbau von Minderwertigkeits- und Schamgefühlen geschieht.

Teilziele:

- Klärung der Funktionalität des Suchtmittels
- Emotionale Krankheitsannahme
- Aufarbeitung von Scham- und Schuldgefühlen aus der Vergangenheit

3. Krankheitsbewältigung

Der suchtmittelabhängige Mensch muss, um eine abstinente Lebensweise zu verwirklichen, neue Fähigkeiten entwickeln. So benötigt er Strategien zur Rückfallprävention, um Risikosituationen für einen Rückfall zu erkennen, diese zu vermeiden oder zu bewältigen.

Außerdem zählen zur Krankheitsbewältigung die Kompetenz zu einer befriedigenden Lebensführung und ein aktives, selbst bestimmtes Leben mit dem Gefühl, etwas bewirken zu können.

Teilziele:

- Rückfallprävention, d.h. erkennen, vermeiden und bewältigen von Rückfallsituationen
- Vorbeugung gegen Suchtverlagerung

4. Selbstmanagement

Gemeint ist damit, dass Menschen dazu befähigt werden sollten, eigenes Verhalten zu steuern. Von besonderer Bedeutung sind dabei Strategien auf der Ebene der Selbstregulationssysteme. Autonomie und Selbstregulation stellen bedeutsame Ziele dar. Der Rehabilitand soll eine aktive Rolle bei der Ausgestaltung der Reha und der Entwicklung seiner Rehazielen und der Anschlussperspektive einnehmen. Einstellungen und Lebensstile, Selbstregulation als prinzipiell erlernbare Fähigkeit sind wichtige Themen der Behandlung.

5. Konflikt- und Krisenbewältigung

Das Ziel ist stets, die Handlungsfähigkeit wieder herzustellen, die durch den Konflikt blockiert war. Der Grundstein zu unserem Konfliktverhalten wird bereits

in frühester Kindheit gelegt. Wer als Kind zu eigenständigem Handeln und zur Selbstständigkeit ermuntert wurde, und erfuhr, dass seine Bedürfnisse ernst genommen wurden, tut sich offenbar später leichter, Differenzen mit anderen Menschen friedlich zu regeln. Positiv wirken sich zusätzlich soziales Denken und die Fähigkeit aus, sich in andere Menschen hinein zu versetzen und empathisch mit ihnen zu fühlen. In diesen Bereichen liegen bei suchterkrankten Menschen häufig große Defizite. In den Gruppensitzungen können hierzu neue Verhaltensweisen eingeübt werden, die in den Einzelgesprächen vertieft bearbeitet werden können. Ein wichtiges Ziel ist hier das Erfahren der eigenen Selbstwirksamkeit.

6. Hinführung zu einer gesunden Lebensführung

Heilung, Besserung und Kompensation von körperlichen und psychischen Störungen und Behinderungen; die der Sucht zugrunde liegen und/oder sie aufrechterhalten.

In der Medizinischen Rehabilitation sollen körperliche und seelische Störungen weitgehend behoben, ausgeglichen, eine Verschlimmerung vermieden oder deren Folgen gemindert werden. Es geht nicht nur um die Auseinandersetzung mit dem Suchtgeschehen, sondern ebenso um die der Erkrankung zugrunde liegenden Störungen sowie ihrer Folgewirkungen.

Das Suchtmittel diente lange Zeit als Mittel der Lebensbewältigung und zur Kompensation psychischer Defizite, oder auch zum Ertragen körperlicher Krankheiten und Behinderungen. Grundlage sind oft Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten, neurotische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen. Eine länger andauernde Suchtmanifestation führt darüber hinaus zu erheblichen körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden.

Teilziele:

- Verbesserung der körperlichen Gesundheit
- Bewusstes Gesundheitsverhalten
- Erlernen eines angemessenen Umgangs mit Gefühlen wie Angst, Aggressionen, Trauer, Wut
- Verbesserung der Frustrationstoleranz
- Aufarbeitung der psychischen Hintergrundproblematik
- Aufbau sinnvoller Freizeitbeschäftigung
- Sinnorientierung im Leben

7. Erhaltung und Aufbau sozialer Beziehungen

Suchtmittelabhängige Menschen haben oft ein zerrüttetes, irreparables Verhältnis zu Bezugspersonen. Im Verlauf der Rehabilitation wird den RehabilitandInnen ihre deprimierende, soziale Situation schmerzlich bewusst. Ihnen bleibt nur, von ihrem zerstörten sozialen Lebensumfeld Abschied zu nehmen. Sie müssen völlig neue Beziehungen gestalten bzw. erlernen, vorhandene Beziehungen neu zu formieren.

Teilziele:

- Erwerb sozialer Kompetenzen
- Veränderung des familiären Systems d.h. neue Rollenfindung innerhalb der Familie, Übernahme von Verantwortung innerhalb der Familie
- Verbesserung der Paarbeziehungen

Daneben kann es für die einzelnen RehabilitandInnen noch ganz individuelle Rehabilitationsziele geben. Die RehabilitandInnen werden aktiv miteinbezogen in den Prozess der Zieldefinition.

5.1.5 Rehabilitationsdauer

Die Ambulante Medizinische Rehabilitation Sucht ist eine prozessorientierte Rehabilitationsmaßnahme, die sich an den individuellen Lebenszusammenhängen der RehabilitandInnen sowie an den Rahmenbedingungen der Empfehlungsvereinbarungen der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht orientiert. Es ist eine flexible temporäre Anpassung an die aktuellen Lebensbedingungen notwendig. So ist die Schwierigkeit vieler RehabilitandInnen, Berufstätigkeit und regelmäßige Teilnahme im Rahmen der ARS zu vereinbaren, zu berücksichtigen. Berufliche Verpflichtungen, wie z.B. Schichtarbeit oder immer flexiblere Arbeitszeiten sollten nach Möglichkeit in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden, da die berufliche Wiedereingliederung das oberste Ziel der Rehabilitation darstellt.

Die Rehabilitationsdauer bei Vollmaßnahmen beträgt bis zu 80 +8 Einheiten in bis zu 12 Monaten. In begründeten Einzelfällen ist eine Verlängerung auf bis zu 120 Einheiten und bis zu 18 Monaten möglich. Das bedeutet, es stehen bis zu 80 (120) Therapieeinheiten für den Versicherten und bis zu 8 Einheiten für Angehörige zur Verfügung.

5.1.6 Beendigung

Die Maßnahme endet regulär oder irregulär.

24

Als **regulär** abgeschlossen gilt die ambulante medizinische Rehabilitation, wenn der Bewilligungsrahmen einschließlich der eventuell erforderlichen Verlängerung ausgeschöpft wurde oder wenn der Bewilligungsrahmen nicht vollständig benötigt wurde, weil das Rehabilitationsziel früher erreicht werden konnte. Aus dringenden persönlichen Gründen und auf Wunsch des Rehabilitanden wäre auch eine vorzeitige Entlassung mit ärztlichem Einverständnis denkbar. Eine vorzeitige Entlassung auf ärztliche Veranlassung erfolgt, wenn z.B. aufgrund gehäufter Rückfälligkeit oder auch aus sonstigen Gründen eine weitere Fortsetzung der Behandlung nicht erfolgversprechend erscheint.

Irreguläre Beendigungen wären eigenmächtige Abbrüche der Behandlung durch den Rehabilitanden oder disziplinarische Entlassungen.

Abbruch durch die RehabilitandIn:

Nimmt eine RehabilitandIn nicht mehr an Gruppen- oder Einzelsitzungen teil und bricht den Kontakt zum Behandlungsteam ab, so versuchen wir zwecks Klärung des Sachverhaltes zeitnah Kontakt aufzunehmen. Gelingt dies nicht, so bedeutet dies den Abbruch der Maßnahme.

Vor Beendigung der Maßnahme wird die RehabilitandIn darüber schriftlich informiert.

Folgende Gründe können z.B. zu einer vorzeitigen Entlassung auf ärztliche Veranlassung führen:

- Unverhältnismäßige Fehlzeiten
- Therapieziele nicht erreichbar

- Rückfälle, die einen zielführenden, sinnvollen therapeutischen Prozess unmöglich erscheinen lassen

Folgende Gründe führen zur disziplinarischen Entlassung aus der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht:

- Mehrmaliges unentschuldigtes Fehlen oder angeordnete, aber nicht erbrachte Urinkontrollen
- Gewaltanwendung und Gewaltandrohung
- Regelbrüche gegen den Therapievertrag
- Nicht wahrgenommene Arzttermine
- Handel, Besitz und Konsum von Drogen in der Einrichtung (speziell bei Drogenabhängigen)

In Fällen der irregulären Beendigung wird, sofern der Betroffene weiter den Kontakt zur Beratungsstelle aufrechterhält, angeboten eine Wandlung in eine stationäre Behandlung zu versuchen.

5.2 Diagnostik

Schon vor Beginn der Maßnahme erfolgte eine ausführliche Prüfung der PatientInnen auf ihre Eignung für die ARS. Nach Eingang einer Kostenzusage wird die Diagnostik fortgeführt.

5.2.1 Eingangsdiagnostik

Die Anamneseerhebung (Übersicht- und Datenerhebung über die gegenwärtige Lebenssituation und die Biographie der Rehabilitanden), die bereits ab dem Erstkontakt begonnen hat, wird von den Bezugstherapeuten fortgesetzt. Es wird ein individueller Rehabilitationsvertrag miteinander abgeschlossen. Es findet eine medizinische Aufnahmeuntersuchung durch unseren ARS-Arzt statt. Diese beinhaltet nochmals die Erhebung der aktuellen Anamnese, außerdem der vegetativen Anamnese, der medizinischen Anamnese und der Suchtanamnese. Sämtliche somatischen und psychiatrischen Grunderkrankungen werden systematisch erfasst. Die ausführliche internistische, neurologische und psychiatrische Untersuchung dient der umfassenden Diagnostikstellung. In diese fließt ebenfalls die Diagnostik einer evtl. vorliegenden Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen ein.

Evtl. komorbide Störungen werden im klinischen Gespräch erfasst.

RehabilitandInnen im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation als Vollmaßnahme befinden sich in der Hauptsache in Arbeit. Nachstationär ist bei vorhandenem Arbeitsplatz der Wiedereinstieg ein zentrales Thema. Der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit steht im Vordergrund der medizinischen Rehabilitation.

In der arbeitsbezogenen Diagnostik werden Probleme am Arbeitsplatz, wie körperliche oder psychische Belastungen, Probleme mit Vorgesetzten oder Kollegen, abgefragt und in die Behandlungsplanung mit einbezogen. Im Falle bestehender Arbeitslosigkeit werden evtl. Vermittlungshemmnisse erhoben und Lösungsansätze gesucht. Die Ergebnisse der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung werden im schriftlichen Befundbericht dokumentiert und den zuständigen BezugstherapeutInnen übermittelt. Erforderliche Behandlungsschritte werden in den Teambesprechungen gemeinsam mit den zuständigen Behandlern und dem Arzt diskutiert und ggf. angepasst.

Die Psychologin führt die psychologische Eingangstestung durch. Hierzu wird mit allen Rehabilitanden die „Kieler änderungssensitive Symptomliste“ (KASSL) und mit den alkoholabhängigen Rehabilitanden das „Trierer Alkoholismusinginventar“ (TAI) durchgeführt. Dadurch ergeben sich objektivierbare Daten zur Befindlichkeit bei Aufnahme sowie erste Hinweise zur Ausprägung und Funktion des Alkoholkonsums. Die zuständige BezugstherapeutIn erhebt zusätzlich eine Verhaltensanalyse des Suchtverhaltens sowie die biografischen Zusammenhänge.

5.2.2 Verlaufsdagnostik

Hinweise auf erforderliche Veränderungen (z.B. des Settings oder des therapeutischen Vorgehens) können durch die fortlaufende Diagnostik festgestellt werden. Bei medizinischen Fragestellungen steht der ARS-Arzt im Behandlungsverlauf sowohl den Rehabilitanden als auch den Bezugstherapeuten zur Verfügung. Bei geplanten Verlängerungen der ARS führt er eine Zwischenuntersuchung durch.

5.2.3 Abschlussdiagnostik

Zum Abschluss der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht erfolgt eine medizinische Abschlussuntersuchung durch unseren ARS-Arzt. Hier werden die Befunde von der Aufnahme- und der Zwischenuntersuchung im Verlauf der Rehabilitation mit den sich zum Ende hin zeigenden Befunden verglichen und dokumentiert. Entwicklungsschritte der Rehabilitanden werden herausgestellt, mit ihnen besprochen und ebenfalls dokumentiert. Darüber hinaus enthalten sie, falls erforderlich, Empfehlungen bezüglich weiterer Maßnahmen, die zur weiteren Aufrechterhaltung der Abstinenz und Erwerbsfähigkeit anzuraten sind.

Außerdem findet die testpsychologische Diagnostik durch die Psychologin statt. Zum Abschluss der Behandlung wird erneut die Beeinträchtigung durch Symptome (mittels KASSL) gemessen und mit der Belastung zu Behandlungsbeginn verglichen. Weiter werden diejenigen RehabilitandInnen, die dazu kognitiv in der Lage sind, die Veränderungsmessung im Erleben und Verhalten (VEV) vorgelegt (vgl. 5.2.5).

26

5.2.4 Aufgaben des Arztes in der ARS und Medizinische Diagnostik

Es handelt sich bei der Ambulanten Rehabilitation Sucht um eine medizinische Behandlungsmaßnahme zur Rehabilitation suchtmittelabhängiger Menschen. Zu dem Team der Ambulanten Rehabilitation Sucht gehört ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Im Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg leitet er den Sozialpsychiatrischen Dienst, der neben dem Bereich Suchtkrankenhilfe auch den Bereich Suchtvorbeugung abdeckt und vorsorgende sowie nachgehende Hilfen nach dem PsychKG NRW anbietet. Der ARS-Arzt verfügt in der Regel über sozialmedizinische Kenntnisse. Er trägt die Gesamtverantwortung für die Ambulante Medizinische Rehabilitation Sucht, er führt die Aufnahmeuntersuchung, die Abschlussuntersuchung und die Untersuchung bei Verlängerung der Therapiemaßnahme durch, er stellt die psychiatrischen und somatischen Diagnosen. Vor der Beantragung der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht werden zunächst die notwendigen Unterlagen und medizinischen Vorbefunde gesichtet, um die Eignung des Patienten für die Maßnahme zu klären und um mögliche Kontraindikationen aufzudecken. Er ist im Umfang von 3 Stunden wöchentlich pro Reha-Gruppe in der ARS tätig und steht in dieser Zeit auch für Team- und Fallbesprechungen zur Verfügung.

An jedem Standort mit Therapiegruppe der Ambulanten Rehabilitation nimmt der ARS-Arzt einmal wöchentlich an einer ausführlichen Teambesprechung teil, so dass der Therapieverlauf jeder RehabilitandIn unter Mitwirkung des ARS-Arztes einmal wöchentlich im Austausch mit dem gesamten Team erörtert und reflektiert wird. Ergänzend erfolgen durch den ARS-Arzt, bei Bedarf, im Therapieverlauf Untersuchungen sowohl bei somatischen wie auch bei psychiatrischen Fragestellungen. Bei entsprechender Notwendigkeit werden durch den ARS-Arzt weitere medizinische Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen veranlasst. Über den ARS-Arzt erfolgt die Koordinierung der erhobenen Befunde, auch über die wöchentlich stattfindenden Teamsitzungen steht er im engen Austausch mit dem therapeutischen Team. Der ARS-Arzt führt regelmäßig im Gesundheitsamt Heinsberg Untersuchung mit sozialmedizinischen Fragestellungen durch. Auf Grundlage seiner profunden sozialmedizinischen Kenntnisse nimmt er eine arbeitsbezogene Diagnostik vor und ermittelt nach ICF Förderfaktoren oder Barrieren. Ferner überwacht er den Therapieverlauf jeder RehabilitandIn, bei Bedarf werden ergänzende Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, bzw. zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit eingeleitet und angeordnet, wo dieses sinnvoll erscheint. Der ARS-Arzt nimmt regelmäßig an den ARS-bezogenen Supervisionen teil. Während des gesamten Therapieprozesses besteht die Möglichkeit, Abstinenzkontrollen über das Labor des Gesundheitsamtes Heinsberg durchzuführen.

Medizinische Ausstattung des Gesundheitsamtes Heinsberg:

Am Standort Heinsberg hält das Gesundheitsamt ein Zentrallabor vor. Einige grundlegende Untersuchungen wie Blutzuckerbestimmung, Blutsenkungsgeschwindigkeit und der Drogenschnelltest können im Labor selber durchgeführt werden, das große Spektrum weiterer differenzierter Untersuchungen ist über Fremdlabore gewährleistet.

Folgende apparative Diagnostik kann im Gesundheitsamt selber durchgeführt werden:

27

Hörtest

Sehtest

EKG

Belastungs-EKG

Lungenfunktionstest.

Das Gesundheitsamt verfügt über Ärzte verschiedener Fachrichtungen (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Anästhesie, öffentliches Gesundheitswesen, Psychiatrie und Psychotherapie). Auf das gesamte ärztliche Know-how des Gesundheitsamtes kann im Rahmen der Ambulanten Rehabilitation Sucht zurückgegriffen werden. An allen drei Standorten des Gesundheitsamtes (Heinsberg, Erkelenz, Geilenkirchen) sind die räumlichen Gegebenheiten vorhanden zur Durchführung einer ausführlichen körperlichen Untersuchung. An allen Standorten des Gesundheitsamtes steht ein 1. Hilfe Koffer zur Verfügung, an den Standorten Geilenkirchen und Heinsberg wird ein ärztlicher Notfallkoffer vorgehalten, ergänzend ist jeweils ein Defibrillator vorhanden.

5.2.5 Aufgaben der Psychologin und Psychodiagnostik

Der Diplom-Psychologin, die auch die Leiterin der Beratungsstelle für Suchtfragen in Hückelhoven ist, obliegt die Koordinierung der ARS zwischen den Kosten- und Leistungsträgern sowie den Beratungsstellen unseres Verbundes. Sie ist somit Ansprechpartnerin für die Kosten- und Leistungsträger sowie für alle Mitarbeitende des ARS-Trägerverbundes bei Fragen zur ARS.

Für die Psychodiagnostik aller RehabilitandInnen des gesamten ARS-Verbundes ist ebenfalls die Diplom-Psychologin zuständig. Neben den üblichen psychometrischen standardisierten Testverfahren zur Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen (TAI = Trierer Alkoholismusinventar) werden auch solche standardisierten Verfahren eingesetzt, die eine Störung der Befindlichkeit (KASSL = Kieler Änderungssensitive Symptomliste) und eine Messung von Veränderung im Therapieverlauf (VEV) erfassen. Der TAI dient nicht als Screening-Instrument zur Identifizierung alkoholabhängiger Personen, sondern soll vor allem für die Planung therapeutischer Interventionen relevante Daten bereitstellen. Mit diesem Instrument werden indikationsrelevante Erlebens- und Verhaltensweisen alkoholabhängiger Personen erfasst. Alkoholismus wird hier als multiples Syndrom angesehen, welches für die Betroffenen Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen (physisch, psychisch, sozial usw.) abbilden kann. Dadurch, dass es sich um ein Selbstbeschreibungsverfahren handelt, wird der Proband in der Testung „dort abgeholt, wo er sich selber sieht“. D.h., mit dem vom Betroffenen selbst vermittelten Bild seiner Auffälligkeit die gemeinsame Arbeit zu beginnen.

Mittels der KASSL kann sowohl eine Status- als auch eine Veränderungsdiagnostik durchgeführt werden, daher bietet sich dieses standardisierte Verfahren bei der Aufnahme- und Abschlussfeststellung an. Wir erheben damit Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen: Soziale Kontaktstörungen, Verstimmungsstörungen, Berufsschwierigkeiten, Konzentrations- und Leistungsstörungen sowie den Gesamtwert der Symptombelastung.

Der VEV ist ein Fragebogen zur quantitativen Einschätzung der subjektiven wahrgenommenen Veränderung im Erleben und Verhalten. Mit ihm ist es möglich, einzelne Veränderungsbereiche und Aussagen dazu zu dokumentieren, darüber hinaus ermöglicht er die Berechnung eines Gesamtwertes. Er sagt etwas darüber aus, in welche Richtung und mit welcher Stärke sich die RehabilitandIn nach einer abgeschlossenen Rehabilitation in ihrem Verhalten und Erleben verändert hat. Insgesamt erfassen die Items einen bipolaren Veränderungsfaktor, der als „Veränderung des Erlebens und Verhaltens“ mit den Polen „Entspannung, Gelassenheit, Optimismus“ und „Spannung, Unsicherheit, Pessimismus“ bezeichnet wird. Die Veränderung wird in Bezug auf unterschiedliche Situationen erfragt: Allgemeine Erlebensweisen (ruhiger, heiterer, freier, schlechter mit sich auskommen), Verhalten in sozialen Situationen (unabhängiger von anderen, ruhiger im Umgang mit anderen, stärker Isolation, freieres Sprechen, schlechter Kontakt aufnehmen), Verhalten und Erleben in Leistungssituationen (eher wissen, was man tun will, Schwierigkeiten gelassener entgegen sehen, weniger Ausdauer und schneller aufgeben, den Aufgaben nicht mehr gewachsen sein, keine Angst zu versagen).

28

Bei speziellen Fragestellungen, wie dem evtl. Vorliegen oder dem Ausschluss einer klinisch relevanten depressiven Störung besteht die Möglichkeit des Einsatzes eines entsprechend validierten psychometrischen Tests (BDI, Beckisches Depressionsinventar). Die Auswertung und Interpretation aller Testungen findet durch die Diplom-Psychologin statt. Die Ergebnisse werden von ihr dokumentiert und für das Berichtswesen verwendet.

Die Psychologin leitet gemeinsam mit einer SozialpädagogIn eine Behandlungsgruppe.

5.2.6 Aufgaben der SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen

Das Ziel der sozialen Diagnostik ist eine umfassende Beurteilung von Faktoren, die im Zusammenhang mit der Entwicklung des Suchtmittelkonsums stehen. Hierzu wird die Eigenanamnese der RehabilitandIn durch Fremdanamnesen ergänzt. Die von den Rentenversicherungsträgern zur Tätigkeit in der ARS anerkannten SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen erstellen die Suchtanamnese und die Familiendiagnostik. Sie leiten Therapiegruppen und führen die Einzelgespräche durch.

Darüber hinaus werden die weitere soziale Vernetzung, eine ausführliche berufliche Anamnese, relevante finanzielle Informationen (Schuldensituation) sowie die juristische Situation eruiert und ggfl. die RehabilitandInnen dabei unterstützt, problematische Bereiche anzugehen, wie z.B. eine Schuldnerberatungsstelle oder das Arbeitsamt aufzusuchen. Sollte hierbei Begleitung nötig sein, ist es auch möglich, solche Termine gemeinsam wahrzunehmen. Bei Bedarf findet eine sozialrechtliche Beratung, auch der Angehörigen statt. In Bereichen, in denen keine ausreichende Beratungskompetenz vorliegt, wird an die zuständigen Stellen weitervermittelt. Die Notwendigkeit der Einleitung von Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung wird geprüft, und ggfl. mit der RehabilitandIn und dem zuständigen Rehaberater ein gemeinsamer Kontakt hergestellt. Hier werden die weiteren Fördermöglichkeiten erörtert, ggfl. erfolgt unmittelbar eine Antragstellung zur Teilhabe am Berufsleben.

Darüber hinaus sind die aus der Biographie ableitbaren persönlichen Belastungsfaktoren, die Art der Interaktion mit anderen sozialen Systemen und die detaillierte Erfassung von vorhandenen und möglichen Ressourcen zu erarbeiten.

Die Erweiterung, Veränderung ggf. Korrektur dieser Informationen wird mittels der Verlaufsdagnostik vorgenommen. Hierdurch können sich Änderungen der individuellen Rehabilitationsziele ergeben, die folglich neu definiert bzw. umformuliert werden können.

29

5.3 Ausgestaltung der ARS

Nach Eingang einer Kostenzusage werden unter aktiver Beteiligung der RehabilitandInnen der individuelle Behandlungsplan und die Ausgestaltung des genauen Settings der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht (ARS) festgelegt und ein Behandlungsvertrag geschlossen.

Die ARS setzt sich aus wöchentlichen Gruppensitzungen und Einzelsitzungen (mind. 14-tägig) nach Absprache zusammen, die durch Bezugspersonengespräche ergänzt werden können. In akut belastenden Situationen werden Kriseninterventionen für RehabilitandInnen sowie für deren Angehörige angeboten.

Während der Ambulanten medizinischen Rehabilitation Sucht gelten die Regelungen der zuständigen Leistungs- und Kostenträger gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04. Mai 2001, insbesondere auch die der Anlagen 1 und 3. Die Durchführung von Ambulanter Medizinischer Rehabilitation Sucht wird in drei unterschiedliche Phasen unterteilt: Aufnahmephase, Therapiephase und Ablösephase, wobei es fließende Übergänge geben kann.

5.3.1 Aufnahmephase

Nach erfolgter Leistungs- oder Kostenzusage werden die RehabilitandInnen eingeladen.

In der Aufnahmephase finden die ärztliche Aufnahmeuntersuchung und die psychologische und psychosoziale Befunderhebung statt.

Zentrale Themen in dieser Phase sind die Integration der RehabilitandIn in die Gruppe und der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. RehabilitandIn und BezugstherapeutIn nehmen eine erste Bestimmung der Rehabilitationsziele vor, wenn dies nicht schon in vorangegangenen Gesprächen geschehen ist. Diese Schritte unterstützen die RehabilitandInnen darin, die Motivation bezüglich Abstinenz, Veränderung und Behandlung aufrecht zu erhalten und zu vertiefen. Problematisches Verhalten und Erleben wird identifiziert und verdeutlicht. Diese Phase dauert ca. 1 - 2 Monate, orientiert sich aber am individuellen Bedarf.

5.3.2 Therapiephase

In dieser Phase vollzieht sich ein individueller Entwicklungsprozess in Abhängigkeit von den jeweils vorhandenen sozialen Kompetenzen und Ressourcen sowie den der Suchterkrankung zugrunde liegenden Persönlichkeitsstrukturen und Konfliktbewältigungsstrategien. Zentrales Thema ist die Loslösung von der Suchtmittelbindung.

Primäre Ziele dieser Phase sind u.a.:

- Vertiefung der Krankheitseinsicht und Therapiemotivation
- Förderung beruflicher Wiedereingliederung bzw. berufliche Stabilisierung
- Behebung und Kompensation von psychischen und somatischen Störungen
- Erhöhung der Affekt-, Konflikt- und Frustrationstoleranz
- Erhöhung der Sensibilität für Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Verbesserung des Selbstbildes sowie der Selbstakzeptanz
- Ausbau bzw. Wiedernutzbarmachung bereits vorhandener Lösungskompetenzen
- Aufbau tragfähiger persönlicher und sozialer Bindungen
- Wahrnehmen und Durcharbeiten der konfliktträchtigen Lebensumstände und -situationen
- Förderung der Introspektionsbereitschaft und -fähigkeit zur Bearbeitung der der Suchterkrankung zugrunde liegenden Persönlichkeitsanteile
- Einbeziehen von Bezugspersonen.

30

Sekundäre Ziele sind u. a.:

- Förderung der somatischen Gesundheit unter Nutzung der regionalen medizinischen Versorgung
- Entwicklung hin zu personaler und sozialer Selbständigkeit mit dem Ziel der Autonomie
- Integration in soziale, regionale Netzwerke wie z.B. Vereine, Verbände, Bildungseinrichtungen
- Förderung der Anbindung an Selbsthilfegruppen
- Wiedereingliederung des Abhängigen als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft.

Diese Phase dauert ungefähr 8 - 9 Monate, bei Verlängerung der Behandlung entsprechend länger.

5.3.3 Ablösephase

Die Erfahrung und Erkenntnis, dass etwas verarbeitet, erledigt ist, bildet die Voraussetzung für eine Neuorientierung. Gegen Ende der Rehabilitation wird gemeinsam mit der RehabilitandIn sowohl in der Gruppe als auch in Einzelsitzungen der bislang durchlaufene Rehabilitationsprozess reflektiert und zu den zuvor formulierten Rehabilitationszielen in Bezug gesetzt. Den Rehabilitationserfolg absichernde Maßnahmen werden erarbeitet und eingeleitet. In dieser Phase wird zudem der bevorstehende Abschied thematisiert. Das Abschlussgespräch, die psychologische Abschlusstestung und die medizinische Abschlussuntersuchung beenden die Rehabilitation. Diese Phase dauert ungefähr 1 Monat.

5.3.4 Gruppensitzungen

Die Gruppe mit ihren reichen Lernmöglichkeiten, Wirkungen der Neu- und Nachsozialisation, das Erleben intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen etc. sind wichtige Bestandteile des Rehabilitationsplanes der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht. Da nur beziehungsorientierte Therapiemethoden bei abhängigen Menschen langfristig greifen, sind die Gruppensitzungen das geeignete Handlungs- und Lernfeld, in dem sowohl verhaltensklärend als auch antizipierend "Leben gelernt" werden kann. Die Gruppe stellt eine Mischung von Entlastung und Konfrontation bereit, fungiert quasi als "Kristallisationspunkt" menschlicher Erfahrung. Durch das Wir-Erlebnis, die Binnenkohäsion, die Spiegel- und Verstärkerfunktion der Gruppe, können alle Erlebnisbereiche und Funktionen angesprochen und der therapeutischen Beeinflussung zugänglich gemacht werden. Die Thematisierung der vielseitigen Erfahrungen im Kontakt mit den anderen Gruppenmitgliedern ermöglicht die Entwicklung eines realistischen Selbstbildes.

Die Gruppe bietet eine sehr viel größere Anzahl und Vielfalt an Übertragungsmöglichkeiten als Einzelsitzungen. Dadurch dass die meisten Teilnehmer einer ARS berufstätig sind, ergibt sich hier auch intensiver Austausch über die Realitäten in der Arbeitswelt. Arbeitsplatzbezogene Themen, Konflikte oder Ängste finden hier Platz. Auch hier können die Teilnehmer voneinander lernen.

Die Teilnahme an der Gruppe ermöglicht es den RehabilitandInnen, ihre individuellen Ressourcen zu erkennen und diese bewusster für sich zu nutzen. Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist das oberste Ziel.

Die Gruppen finden wöchentlich in den Abendstunden für eine Dauer von mindestens 100 Minuten statt. Die Gruppenstärke umfasst maximal 12 RehabilitandInnen, wobei maximal drei Drogenabhängige aufgenommen werden. Die Gruppen sind als halb offene Gruppen konzipiert.

Sie werden von jeweils zwei TherapeutInnen geleitet.

5.3.5 Einzelsitzungen

Parallel zu den Gruppensitzungen finden Einzelsitzungen statt, die von der jeweiligen BezugstherapeutIn durchgeführt werden. Diese Einzelsitzungen dauern 50 Minuten und finden mindestens 14-tägig bzw. bei Bedarf wöchentlich statt. Die Einzelsitzungen stehen den RehabilitandInnen während des gesamten Zeitraumes der Rehabilitation zur Verfügung. Ergänzend zu den Gruppensitzungen besteht in den Einzelsitzungen die Möglichkeit der intensiveren Motivationsarbeit, der Krisenhilfe, der Bearbeitung von arbeitsplatzbezogenen Problemstellungen, Frustrations- und Kränkungserlebnissen, die mit Angst, Scham und Versagensgefühlen verbunden sind, von Traumata sowie von Paarproblemen etc.

Bei Bedarf, z.B. in einer akuten Krisensituation, wird die Frequenz der Einzelsitzungen dem individuellen Bedarf der Person angepasst.

5.3.6 Angehörigenarbeit

Neben der therapeutischen Arbeit mit den RehabilitandInnen halten wir die Integration wichtiger Bezugspersonen, insbesondere der Partner, Eltern oder Kinder für notwendig. Die Einbeziehung der Bezugspersonen macht die Komplexität der Situation der RehabilitandInnen deutlicher, dient der Klärung und ermöglicht somit die Neugestaltung von Beziehungen. Hier können reale Konflikte z.B. zwischen den Generationen und ihren zum Teil sehr divergierenden "social worlds" angegangen werden. Noch vorhandene soziale Ressourcen können gefestigt, neu belebt oder wieder aufgebaut werden. Nicht nur die intrapsychische Veränderung der Suchtmittelabhängigen zeigt Erfolge, sondern auch die Veränderung von realem Verhalten im Netzwerk, zum Beispiel bei der Elternrolle oder bei Partnern, die oft von Symptomen der Co-Abhängigkeit geprägt sind. Angehörige können mit der RehabilitandIn zusammen zum Gespräch kommen. Bei Bedarf wird neben dem Bezugstherapeuten eine weitere MitarbeiterIn des ARS - Teams zu den Paar- oder Familiensitzungen hinzugezogen.

Angehörige können aber auch unabhängig von der RehabilitandIn Unterstützung finden, z.B. in einer speziellen Angehörigengruppe. Hier können sie ihre Rolle als Angehörige eines Suchtkranken thematisieren. Den Angehörigen der Versicherten werden von den jeweiligen Rentenversicherungsträgern der Betroffenen unabhängig von dem Versicherten bis zu 8 Therapieeinheiten in bis zu 12 Monaten bewilligt.

Ebenso ist es möglich, dass Arbeitgeber oder Arbeitskollegen im Rahmen der Angehörigenarbeit mit einbezogen werden. Da Kinder aus suchtbelasteten Familien ein erhebliches Risiko haben, im späteren Leben selbst psychisch krank oder suchtkrank zu werden, sind wir bestrebt, diese in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen. Sei es im Rahmen von Angehörigengesprächen bei älteren Kindern oder neben der ARS in entsprechenden Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien (z.B. „Trampolin“).

32

5.4. Schwerpunktbereiche

5.4.1 Zum Umgang mit Krisen

In der therapeutischen Arbeit mit Menschen treten immer wieder Phasen auf, die von Krisen gekennzeichnet sind. Krisen verstehen wir als „...zeitlich umschriebene Ereignisse von ungewissem Ausgang mit dem Charakter des Bedrohlichen, des möglichen Verlustes. Sie stellen gewohnte Wert- und Zielvorstellungen in Frage, fordern Entscheidung und Neuanpassung, können Gefühle der Hilflosigkeit erzeugen, führen vielfach zur Änderung von Verhalten und Erleben.“ (Schnyder, 1996, S. 97).

Krisen stellen neben einer Gefahr auch immer eine Chance zur Neuorientierung dar. Ist die betroffene Person nicht in der Lage, die Krise zu bewältigen, kann dies der Beginn einer lang anhaltenden negativen Entwicklung sein. Dem gegenüber kann bei einer Bewältigung und Nutzung der Krise eine jahrelang festgeschriebene Situation ‚verflüssigt‘ und eine Neuorientierung bewirkt werden.

Es liegt für uns im Selbstverständnis unserer Tätigkeit, in Krisen helfend beiseite zu stehen und RehabilitandInnen bei deren Bewältigung zu begleiten.

Zur Vermeidung von Kurzschlussreaktionen ist die rasche Erreichbarkeit der Therapeuten notwendig. In den Beratungsstellen ist dies durch das laufende Therapiepro-

gramm, die offenen Sprechstunden sowie durch die regulären Öffnungszeiten gesichert.

Gerät ein Teilnehmer der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht in eine Krise, so ist der Bezugstherapeut oder die Bezugstherapeutin der zuständige Ansprechpartner.

Ist der Bezugstherapeut nicht erreichbar, ermöglicht das Co-Therapeuten-System in den Gruppen eine schnelle Vertretung der Kollegin oder des Kollegen.

Im Falle einer Krisensituation wird zunächst abgeklärt, ob aufgrund einer akuten Fremd- oder Selbstgefährdung ein stationäres Setting notwendig ist. Ist dies nicht der Fall, wird gemeinsam mit der RehabilitandIn eine individuell notwendige Veränderung des ambulanten Settings für einen begrenzten Zeitraum verabredet. Da wir die Konzentration auf die aktuelle Problemlage als grundlegendes Element einer Krisenintervention verstehen, ist eine Verstärkung der Einzelgespräche in diesem Zeitraum notwendig. In einer Krise kann es sinnvoll sein, die RehabilitandIn eine Zeitlang aus der Gruppe herauszunehmen. Ist die Gruppenteilnahme als solches für die RehabilitandIn jedoch generell Krisen auslösend, ist die Teilnahme an der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht nicht gegeben. Um das Auftreten von Unsicherheit und Angst zu vermeiden, muss für alle Beteiligten transparent sein, aus welchen Gründen und über welchen Zeitraum das Setting bei einer RehabilitandIn verändert wird.

Da Krisen auch immer das soziale Umfeld betreffen, halten wir die Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen in die Krisenintervention für erforderlich.

5.4.2 Zum Umgang mit Rückfällen/ Rückfallprävention

Dauerhafter Suchtmittelkonsum ist mit den Zielen der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht unvereinbar und führt zur vorzeitigen Beendigung der Rehabilitation. In der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht steht die Auseinandersetzung mit dem Konsum- und Suchtverhalten zunächst im Vordergrund, dabei werden auch die verschiedenen Techniken der Rückfallprophylaxe trainiert.

Rückfälle verstehen wir als Versuche, Probleme zu lösen und als Anzeichen dafür, dass die Veränderungsgeschwindigkeit für den Suchtmittelkonsumenten zu hoch war, wichtige Problembereiche nicht besprochen oder gelöst wurden.

Diese Vorfälle sind für uns wichtige Informationsquellen, um das therapeutische Vorgehen entsprechend anzupassen. Daher sehen wir diesen Vorgang nicht als Rückfall im Sinne eines Rückschrittes an.

Wir arbeiten mit kleineren kurzzeitigeren Rückfällen der RehabilitandInnen, wenn sie bereit und in der Lage sind, eine der Funktionalität des Rückfalls entsprechende Konsequenz zu erarbeiten und umzusetzen. Dies hat zum Ziel, die Rückfälligkeit der RehabilitandInnen transparent und zukünftig für sie beeinflussbar zu machen.

Die therapeutische Aufarbeitung erfolgt in den Gruppensitzungen wie auch in den Einzelsitzungen. Sie beinhaltet folgende Teilziele:

- der Rückfall soll als zugehöriger Bestandteil der Suchterkrankung erkannt und damit annehmbar werden
- der Rückfall soll als Folge von zunächst unwichtig erscheinenden Verhaltensweisen oder deren Unterlassung erkannt werden
- die Hintergründe des eigenen Rückfalls sollen verstehbar werden
- die RehabilitandIn soll sich verantwortlich für den Rückfall erleben können
- es sollen vorbeugende Maßnahme für zukünftige Rückfallrisiken erarbeitet und umgesetzt werden

- die RehabilitandIn soll die innere Bereitschaft entwickeln können, sich bei einem Rückfall nicht zurückzuziehen, sondern die Aussprache in der Beziehung zu suchen.

Das Thema Rückfallprävention ist ein fester Bestandteil der Gruppensitzungen. Die verschiedenen Rückfallpräventionsmethoden (Notfallkoffer u. ä.) werden als vom Therapeutenteam vorgegebenes Thema in jeder Gruppenstaffel behandelt. Ist durch einen Rückfall die Vermittlung in eine stationäre Entgiftung notwendig geworden, wird der Leistungsträger informiert und erhält unsere Einschätzung bzw. Prognose. Der Kosten- und Leistungsträger entscheidet dann über die Fortführung der Rehabilitation.

Spätestens nach dem 3. Rückfall während der Behandlung ist mit der RehabilitandIn über eine Veränderung des Behandlungssettings nachzudenken und die ARS zu beenden. Nach Möglichkeit soll dann im gemeinsamen Kontakt eine Umschreibung in eine andere, zielführendere Maßnahme erfolgen.

5.4.3 Ergänzende Angebote

Neben den Einzel- und Gruppensitzungen machen wir verschiedene Angebote, die je nach Vereinbarung mit den einzelnen RehabilitandInnen genutzt werden sollten. Diese werden von den fachlich qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen durchgeführt. Diese Angebote sind nicht leistungsauslösend.

Zu diesen ergänzenden Angeboten zählen:

- Berufliche Integration: Zusammenarbeit mit Arbeitgebern, Schulen, Ausbildungsträgern, Unterstützung bei der Wiederlangung des Führerscheins;
- Freizeitgestaltung: Planung von Freizeitaktivitäten, Vermittlung von Kultur- und Sportangeboten / Angebot einer Lauf-/Walkinggruppe für suchtkranke Menschen unter Anleitung einer ausgebildeten Lauftherapeutin und Begleitung durch eine MitarbeiterIn der Beratungsstelle für Suchtfragen, Hückelhoven
- Schuldenregulierung: Zusammenarbeit mit professionellen Schuldenberatern
- Raucherentwöhnung
- Vermittlung in Betreutes Wohnen
- Weitervermittlung in Reha-Sport

34

Die ARS - Teams können bei Bedarf weitere Angebote oder Intensiveinheiten im Zusammenhang mit unmittelbar betroffenen Bezugspersonen durch fachlich qualifizierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen anbieten. Selbstverständlich wird auch die Vermittlung in Selbsthilfegruppen angestrebt. Im Kreis Heinsberg existiert ein ausgebautes Angebot von Selbsthilfegruppen (z.B. Kreuzbundgruppen, CleanWay, Anonyme Alkoholiker)

5.5 Die differenzierten Angebote in der ARS

Neben der rein ambulanten Form der medizinischen Rehabilitation Sucht bietet unser Trägerverbund auch die Möglichkeit der Weiterbehandlung, der nachstationären ARS, der Kombinationsbehandlung und der Suchtnachsorge.

5.5.1 Ambulante Medizinische Rehabilitation Sucht –Weiterbehandlung

Eine ambulante Weiterbehandlung kann durchgeführt werden wenn:

1. Der Versicherte sich in stationärer med. Rehabilitation befindet und mehr Behandlungsbedarf besteht, als in der nachstationären Rehabilitation/Nachsorge möglich ist. Bereits durch die Einheitlichen Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für den Wechsel in die ambulante Entlassform vom 20.01.2015 war unter bestimmten Bedingungen einer verkürzter stationärer Phase der Wechsel in die ambulante Behandlungsform ermöglicht worden. Dafür sind von Seiten der beantragenden Klinik bestimmte Rahmenbedingungen einzuhalten:

Entscheidend dafür ist die Verkürzung der stat. Behandlungsphase, denn ein Wechsel in die ambulante Einrichtung ist nur bis zum Ablauf von 8 Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, von 16 Wochen bei Drogenabhängigkeit möglich.

Der Wechsel ist spätestens 14 Tage vor Entlassung zu beantragen und die Entscheidung abzuwarten.

Darüber hinaus wurden durch die Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für einen „Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform“ nach einer stationären/ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 04.03.2015 Möglichkeiten des Wechsels in die ambulante Weiterbehandlung ohne Verkürzung unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht.

Formale Rahmenbedingungen für die Überleitung aus der nicht verkürzten stationären Phase in die ambulante Rehabilitation:

- a. Der gesamte Behandlungsbedarf zeigt sich erst während der stationären bzw. ganztägig ambulanten Rehabilitation (In Abgrenzung zur Kombibehandlung, wo der Behandlungsbedarf vorher bekannt ist und entsprechender Verlauf zu Beginn geplant wird.)
- b. Aufgrund des Schweregrades der Erkrankung und der Komplexität der Teilhabestörung kann die stationäre bzw. ganztägig ambulante Rehabilitation nicht verkürzt werden, die Rehabilitationsziele sind jedoch im ambulanten Rehabilitationssetting erreichbar.
- c. Während der stationären bzw. ganztägig ambulanten Rehabilitation wurden aufgrund der komplexen Problemlage nicht alle Behandlungsziele erreicht oder es sind angepasste bzw. modifizierte Behandlungsziele hinzugekommen, die im ambulanten Rehabilitationssetting weiter bearbeitet werden können.
- d. Die noch nicht erreichten bzw. zusätzlich definierten Behandlungsziele erfordern ein ambulantes Setting; es besteht eine günstige Prognose für die ambulante Phase.
- e. Im Rahmen der stationären bzw. ganztägig ambulanten Rehabilitation werden die weiteren Behandlungsziele in Abstimmung mit dem Rehabilitanden formuliert und der weitere Rehabilitationsprozess mit der ambulanten Rehabilitationseinrichtung abgestimmt.

35

Grundsätzlich kann der Wechsel in eine ambulante Rehabilitationsform angezeigt sein, wenn sich Veränderungen oder neue Erkenntnisse im Rahmen der stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation ergeben, die eine Fortführung der therapeutischen Unterstützung begonnener Veränderungsprozesse bei einer erkennbaren hohen Rückfallgefährdung erforderlich machen. Diese führen zu angepassten bzw. modifizierten Behandlungszielen, die speziell nur im rehabilitativ ambulanten Setting bearbeitet werden können.

Hierzu gehören beispielsweise:

- Rückkehr in ein Umfeld mit erkennbar pathologischer Beziehungsdynamik z.B. zu Hause oder am Arbeitsplatz mit vorhersehbarer Destabilisierung
- erkennbare Selbstwertproblematik und mangelnde Abgrenzungsfähigkeit bei der Umsetzung bisher gewonnener Erkenntnisse im sozialen Umfeld
- Änderung der Beziehungssituation wie z:B. Trennung vom Partner
- Erkrankung oder Tod eines Angehörigen

Die Rehabilitationsdauer bei der ARS-Weiterbehandlung beträgt bis zu 40 +4 Einheiten in bis zu 6 Monaten, auch diese kann in begründeten Einzelfällen auf bis zu 80/8 Einheiten in bis zu 16 Monaten verlängert werden. Das bedeutet, dass bis zu 40 (oder nach Verlängerung bis zu 80) Therapieeinheiten für den Versicherten selbst und bis zu 4 (oder bis zu 8 nach Verlängerung) Einheiten für Angehörige bewilligt werden.

5.5.2 Kombinationsbehandlung

In dem gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 sind die Ziele, die genaue Definition der Kombibehandlung und die Abgrenzung von anderen Verfahren ausführlich beschrieben.

Danach ist das Ziel der Leistungen zur Teilhabe für abhängigkeitskranke Menschen, diese zur gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu befähigen. Dazu gehören:

- Erreichen und Erhaltung von Abstinenz,
- Behebung oder Ausgleich körperlicher und psychischer Störungen,
- möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

36

Wir bieten die Kombinationsbehandlung einrichtungsübergreifend und als ein weiteres Angebot neben einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung (ARS) an, um bestimmten Versicherten durch ein hohes Maß an Flexibilität ein passgenaues Leistungsangebot zu bieten.

Zielgruppe der Kombinationsbehandlung

Eine Kombinationsbehandlung kommt insbesondere in Frage, wenn z.B.

- die sozialen Voraussetzungen (Bindungen, Stützsysteme, soziale Strukturen) vorhanden sind, diese aber derzeit wegen Rückfälligkeit und/oder anderer suchtmittelbedingter Krisen nicht zur Stabilisierung genutzt werden können,
- die Rehabilitationsfähigkeit und die Persönlichkeit des Rehabilitanden (ggf. durch Vorerfahrung) soweit ausgeprägt sind, dass die Kombination stationärer, ganztägig ambulanter und ambulanter Intervention von diesem aktiv genutzt werden kann,
- eine langfristige Abwesenheit bei einem vorhandenen Arbeitsplatz als problematisch angesehen wird,
- Distanz vom sozialen Umfeld vorübergehend erforderlich ist,

- jeweilige Rehabilitationsziele für die unterschiedlichen Rehabilitationsformen benannt sind,
- die Störungen auf psychischem, körperlichem und sozialem Gebiet nach Stabilisierung im Verlauf der Rehabilitation voraussichtlich in anderen Rehabilitationsformen erfolgreich weiterbehandelt werden können,
- der Rehabilitand nicht durchgehend ein intensiv strukturiertes Behandlungsangebot benötigt oder
- der Rehabilitand fähig ist, in den therapiefreien Zeiten der ambulanten Phase selbstständig abstinent zu leben.

Der Rehabilitand muss in der Lage sein, die ambulante/ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer angemessenen Fahrzeit (möglichst unter 45 Minuten) zu erreichen.

Die Vorbereitung auf eine solche Maßnahme erfolgt durch eine anerkannte Beratungsstelle, mit der der entsprechende Versicherte in Kontakt steht. Der Wunsch des Versicherten hinsichtlich der stationären und ambulanten Einrichtung wird im Sozialbericht dokumentiert.

Nach Vorliegen einer entsprechenden Kostenzusage werden die Rehabilitationsziele zu Beginn der Kombinationsbehandlung in der Rehabilitationseinrichtung mit dem Rehabilitanden abgestimmt und dokumentiert. Zuständig im ambulanten Bereich ist dafür die bisher zuständige MitarbeiterIn der Beratungsstelle, die sich mit der AufnahmetherapeutIn der entsprechenden Klinik austauscht, damit der Übergang von der einen zur anderen Leistungsform gut gelingt. Hier sind dann u.a. Zeitpunkt, Ort und die weitere Vorgehensweise für den Wechsel in die andere Leistungsform festzulegen.

Wir stellen sicher, dass der Rehabilitand nach Entlassung aus der stationären Phase innerhalb einer Woche die ambulante Behandlungsphase antreten kann.

Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer soll sich grundsätzlich an den individuellen Bedürfnissen des Rehabilitanden orientieren. Wir gehen entsprechend des gemeinsamen Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung davon aus, dass die erste stationäre Phase/ganztägig ambulante Phase bei Vorliegen einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit in der Regel 8 Wochen dauern wird und bei Vorliegen einer Drogenabhängigkeit 16 Wochen. Die ambulante Phase wird in der Regel im Umfang von 40 Therapieeinheiten (TE) plus 4 TE für Bezugspersonen innerhalb von 6 Monaten in unserem Trägerverbund stattfindenden (bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit gleich). Für diese Zeit wird der Rehabilitand in die Behandlungsgruppe integriert. Zusätzlich finden regelmäßige Einzelgespräche statt (nach Bedarf in wöchentlichen oder maximal 14-tägigem Abstand). Die Zeitdauer der Therapieeinheiten entspricht denen in der regulären ARS.

Kooperation und Koordination

Dadurch dass wir seit 1998 als Verbund die ARS anbieten, sind wir schon lange mit den regionalen Kooperationspartnern vernetzt und stehen in gutem Kontakt mit ande-

ren Beratungsstellen, Entzugskliniken oder Ärzten. So sind wir z.B. wöchentlich auf der Entzugsstation des Gangelter Krankenhauses präsent und bieten dort eine Sprechstunde an. Diese Vernetzung ermöglicht im Falle eines Rückfalls bei ARS- Patienten eine kurzfristige Aufnahme zur Entzugsbehandlung.

Schnittstellenmanagement

Im Rahmen der Kombinationsbehandlung werden wir zusätzliche verbindliche Übergabegespräche und Fallbesprechungen, in der Regel telefonisch, durchführen.

Diese Gespräche führt diejenige SuchttherapeutIn, bei der die RehabilitandIn angebunden wird. Diese wirkt als FallmanagerIn und sorgt für einen reibungslosen Ablauf zwischen den einzelnen Behandlungsphasen. Sie steht dem Rehabilitanden als AnsprechpartnerIn zur Verfügung und begleitet – sofern nötig, diesen auch in die stationäre Behandlungsphase. Eine solche Begleitung würde - wie auch sonst üblich - im Rahmen der Reisekostenabrechnung dem Kosten- und Leistungsträger in Rechnung gestellt.

Die Verantwortung für das Schnittstellenmanagement liegt innerhalb unseres ARS- Verbundes zuerst wie in der regulären ARS – beim leitenden Arzt und bei der Leitung der Beratungsstelle des jeweiligen Verbundpartners.

Rückfallbearbeitung/Krisenintervention

In der Kombinationsbehandlung arbeiten wir genauso mit Rückfällen, wie in der regulären ARS. D.h. wir setzen die Behandlung nur fort, wenn sich die RehabilitandIn zeitnah, offen und konstruktiv mit seinem Rückfall auseinandersetzt. Wir als Einrichtung haben zu prüfen, ob es sich um ein Rückfallgeschehen handelt, bei dem eine Fortsetzung der Behandlung nach entsprechender Rückfallbearbeitung nach ärztlicher und therapeutischer Bewertung Erfolg versprechend sein kann oder ob ggfl. eine erneute Entzugsbehandlung im Krankenhaus notwendig wird. Besteht keine positive Prognose für die Fortsetzung der Behandlung im gleichen Setting werden wir einen entsprechenden Vorschlag, z.B. zum Wechsel der Behandlungsform erarbeiten und dem Kosten- und Leistungsträger zur Entscheidung vorlegen. Kann gar keine hinreichend günstige Prognose für die weitere Durchführung der Kombinationsbehandlung gestellt werden, werden wir die Behandlung umgehend beenden.

38

Beendigungskriterien

Die Kombinationsbehandlung ist regulär zu beenden, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind. Außerdem wenn

- störende und nicht behebbare Einflüsse aus dem sozialen Umfeld den Rehabilitationserfolg gefährden,
- die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm nicht regelmäßig erfolgt,
- die Mitarbeit weder tragfähig noch ausreichend ist,
- ein Rückfall bagatellisiert oder geleugnet wird und daher keine angemessene Rückfallbearbeitung möglich ist,
- anhaltende Rückfälligkeit besteht und/oder
- eine andere Behandlungsform angezeigt ist, die nicht im Rahmen der Kombinationsbehandlung durchgeführt werden kann

und somit die Rehabilitationsziele durch die Kombinationsbehandlung nicht erreichbar sind.

Bei Unterbrechung der Rehabilitation ist innerhalb von zwei Wochen zu klären, ob die Rehabilitation fortgesetzt wird.

Dokumentation und Entlassungsbericht

Die Dokumentation der medizinischen Rehabilitation erfolgt im Entlassungsbericht. In der vorbehandelnden Rehabilitationseinrichtung durchgeführte anamnestische und diagnostische Angaben müssen von der weiterführenden Rehabilitationseinrichtung nicht nochmals erhoben werden, sondern können genutzt werden.

Wir entscheiden uns in unserem Trägerverbund, den Entlassungsbericht getrennt nach den einzelnen Phasen (stationär/ambulant) zu erstellen und schnellst möglichst, spätestens zwei Wochen nach der von uns erbrachten Phase, dem zuständigen Rehabilitationsträger zu übermitteln.

5.5.3 Ambulante Medizinische Rehabilitation Sucht – Nachstationär

Kostenträger der ARS nachstationär ist die Deutsche Rentenversicherung Rheinland. Das Behandlungsangebot des Trägerverbundes Ambulante Rehabilitation im Kreis Heinsberg richtet sich grundsätzlich an alkohol-, medikamenten- oder drogenabhängige Menschen ab 18 Jahre und ihre Angehörigen. Eine ambulante Nachbehandlung kann immer dann erwogen werden:

- wenn mehr Unterstützung erwünscht und notwendig ist als durch Beratung und Teilnahme an Selbsthilfegruppen geleistet werden kann

Insofern kommt die nachstationäre ARS als Anschlussmaßnahme zur stationären Rehabilitation in Betracht.

Das Angebot der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht nachstationär richtet sich an die Versicherten, denen nach einer regulär beendeten stationären Rehabilitation zur Stabilisierung eine ARS-nachstationär bewilligt wurde.

39

In der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht - Nachstationär soll unter therapeutischen Bedingungen die berufliche Wiedereingliederung, die Bewährung in kritischen Alltagssituationen, die Verselbstständigung der RehabilitandInnen, die soziale Integration und die Bereitschaft zum solidarischen Handeln gefördert werden.

Konkret bedeutet dies u a.:

- Stützung bei der Rückkehr ins familiäre Umfeld und/oder dem angeregten Veränderungsprozess
- Stärkung der sozialen Kompetenz
- Festigung lebenspraktischer Fähigkeiten
- Förderung der sozialen Integration
- Aufbau eines neuen Freundeskreises
- Unterstützung bei der Entwicklung einer beruflichen Perspektive/berufliche (Wieder-) Eingliederung
- Unterstützung bei der Weiterentwicklung der schulischen/ beruflichen Bildung
- Organisation und Vermittlung flankierender sozialer Hilfen, zum Beispiel Schuldnerberatung

Die Gruppen im Rahmen der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht nachstationär finden mindestens zweimal monatlich in den Abendstunden statt (mind. 100 min.). Zusätzlich finden bei Bedarf Einzelsitzungen (in der Regel 1 x monatlich) sowie 2 Bezugspersonengespräche statt.

Die ARS-nachstationär ist auf 20 + 2 Einheiten (20 Behandlungseinheiten für den Betroffenen selber und bis zu 2 Behandlungseinheiten für Angehörige) in bis zu 6 Monaten angelegt, auch diese kann in begründeten Einzelfällen auf bis zu 40/4 Einheiten (40 Behandlungseinheiten für den Betroffenen selber und bis zu 4 Behandlungseinheiten für Angehörige) in bis zu 12 Monaten verlängert werden.

6. Ambulante Suchtnachsorge

Die ambulante Nachsorge wird entsprechend des Gemeinsamen Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherungen vom 31.10.2012 im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker angeboten. Sie soll die berufliche Wiedereingliederung, die Bewährung in kritischen Alltagssituationen, die Verselbständigung der RehabilitandInnen, die soziale Integration und die Bereitschaft zum solidarischen Handeln fördern.

Die ambulante Nachsorge findet getrennt von der ARS nachstationär statt.

7. Kooperation und Vernetzung

7.1 Regionale Kooperation und Vernetzung

Alle an der Suchtbehandlung beteiligten Institutionen sind über Arbeitskreise und über Vernetzungsmaßnahmen miteinander verbunden. Im Arbeitskreis Sucht finden sich neben den Suchtberatungsstellen und dem fachpsychiatrischen Krankenhaus Vertreter der Bewährungshilfe, der JVA, des Jugendamtes, der Selbsthilfe, Träger des betreuten Wohnens Vertreter einer Krankenkasse und ein Vertreter des LVR. Dieser Arbeitskreis wird von dem Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes geleitet, der gleichzeitig im Rahmen der ARS tätig ist. Weitere Arbeitskreise befassen sich mit Suchtprävention sowie Methadonsubstitution.

Die Mitarbeiter der Beratungsstellen arbeiten intensiv mit und haben Kontakte zu: Hausärzten, Krankenhäusern (Allgemeinkrankenhäuser, Fachkliniken für Psychiatrie), Verbänden: Caritasverband; Diakonisches Werk; Arbeiterwohlfahrt; Ämter und Behörden: Jugendämter der Städte und des Kreises; Sozialämter der Gemeinden, Städte und des Kreises; Gerichten und Polizei; Selbsthilfegruppen (Kreuzbund und Anonyme Alkoholiker, Clean Way. Folgende Arbeitskreise werden regelmäßig von Mitarbeitern der am Verbund beteiligten Beratungsstellen wahrgenommen:

PSAG im Kreis Heinsberg (PSAG = Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft), (Kinder- und Jugendpsychiatrie); Arbeitskreis Allgemeine Psychiatrie der PSAG; Arbeitskreis Geronto-Psychiatrie der PSAG; Arbeitskreis Sucht der PSAG; Arbeitskreis Prophylaxe/Prävention; Qualitätszirkel Substitution; Arbeitskreis Jugendschutz; GINKO (Koordinationsstelle des Landes für Suchtprophylaxe NRW); Arbeitskreis Elementarprävention.

7.2 Überregionale Kooperation und Vernetzung:

- Fachgruppe ARS der Diakonie Rheinland/Westfalen
- Leitungskonferenz Sucht / Diakonisches Werk

8. Personal

8.1 Personalplan

Das Ambulante Medizinische Rehabilitation Sucht - Team innerhalb des Trägerverbundes besteht aus einem Facharzt/Fachärztin, einem Diplom- Psychologen/ Diplom- Psychologinnen, Diplom- Sozialarbeiterinnen und Diplom-Sozialarbeitern und Diplom- Sozialpädagoginnen und Diplom- Sozialpädagogen (zukünftig wären auch Bachelorabschlüsse möglich) und Master of Science jeweils mit den von der DRV anerkannten suchttherapeutischen Weiterbildungen, bzw. für die Ärzte und Psychologen mit anerkannten Weiterbildungen auf psychotherapeutischer Basis

Weitere Ausführungen sind dem aktuellen Personalstandsplan zu entnehmen.

Die vorliegende Konzeption wird mit dem im Personalstandsplan aufgeführten ärztlichen und therapeutischen Personal umgesetzt.

8.2 Kommunikationsstruktur

Das therapeutische Team des gesamten Verbundes trifft sich 4 x im Jahr zu regelmäßigen Teamsitzungen. Hieran nehmen auch der Arzt des Verbundes sowie die Leiterin der Beratungsstelle Hückelhoven teil. Diese Sitzungen dienen u.a. zur Verbreitung von Neuerungen innerhalb der ARS, Verfahrensabsprachen, Kapazitätsabfragen innerhalb der Gruppen, Konzeptionellen Weiterentwicklung. Des Weiteren wird hier das inhaltliche Vorgehen in den Gruppen reflektiert sowie der Rehabilitationsverlauf einzelner Teilnehmer und Teilnehmerinnen diskutiert. Zusätzlich finden in den einzelnen Beratungsstellen wöchentliche Teamsitzungen unter Leitung des Arztes, bzw. in Hückelhoven der Psychologin, statt. Auch hier können aufkommende Fragen unmittelbar durch Rücksprache mit dem ARS-Arzt geklärt werden.

41

Eine Vor- sowie Nachbereitung der Gruppensitzung erfolgt durch die beiden zuständigen GruppentherapeutInnen.

Alle an einem Rehabilitationsprozess beteiligten Therapeuten und Therapeutinnen inklusive dem Arzt tauschen sich regelmäßig über den Verlauf aus.

8.3 Fortbildung/ Supervision

Mittels regelmäßiger Fortbildung sowie kollegialer und externer Supervision wird eine verantwortungsvolle fachliche Arbeit gewährleistet.

Die Supervision wird durch einen externen Supervisor ca. 10 Mal im Jahr für zwei Stunden Dauer durchgeführt. Die Teilnahme daran ist verpflichtend für alle Mitarbeiter.

9. Angaben zur Qualitätssicherung

9.1 Dokumentation

Die Koordination der Dokumentation erfolgt durch die Bezugstherapeuten der jeweiligen RehabilitandInnen.

Die Dokumentation der medizinischen Eingangs- Zwischen- und Abschlussuntersuchungen einschließlich der sozialmedizinischen Beurteilung nimmt der Facharzt vor. Der Diplom- Psychologen bzw. die Diplom- Psychologin dokumentiert die Testdiagnostik.

Sämtliche Interventionen werden zeitnah dokumentiert.

Neben der generellen wird eine spezielle Dokumentation angelegt, in der der Rehabilitationsvertrag, der individuelle Rehabilitationsplan, sämtliche Diagnosen und Befunde, der Verlauf der Rehabilitation und die Ergebnisse dargelegt sind.

Zur Dokumentation und Verwaltung des Verbundes nutzen die Einrichtungen das Programmsystem „EBIS“.

9.2 Qualitätssicherung

Die Beratungsstelle Hückelhoven nimmt als Teil des Caritasverbandes am Qualitätsmanagementprogramms DIN ISO EN 9001 teil. Darin ist u.a. auch das Beschwerdemanagement geregelt. Beschwerden werden immer an die Leitung weitergegeben. Ziel ist, Beschwerden gar nicht erst entstehen zu lassen, bzw. ihnen falls sie vorgebracht werden, unverzüglich mit geeigneten Methoden abzuhelpfen. Dadurch dass alle SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen der Beratungsstelle bei der Einstellung über eine von der DRV anerkannte suchtttherapeutische Weiterbildung verfügen müssen oder sich zur Aufnahme einer solchen Weiterbildung verpflichten müssen, wird eine hohe fachliche Qualität erreicht.

Eine Zertifizierung ist z. Zt. nicht angestrebt.

Für die Suchtberatungsstellen des Kreises gilt, dass seit Jahren sämtliche Abläufe im Gesundheitsamt Heinsberg, sowie auch sämtliche Formulare standardisiert sind. Ein zertifiziertes Qualitätsmanagement im eigentlichen Sinne existiert allerdings nicht.

Beide Einrichtungen erheben regelmäßig Daten im Rahmen des Deutschen Kerndatensatzes mit dem Programm EBIS. Diese werden regelmäßig ausgewertet und dienen der Optimierung der Prozesse. Sie werden regelmäßig in den Jahresberichten veröffentlicht. Durch standardisierte Abläufe stellen wir eine gleichbleibende hohe Qualität sicher. Außerdem wird der Behandlungserfolg durch katamnestische Erhebungen zum Behandlungsende, nach einem Jahr, nach zwei Jahren und nach fünf Jahren untersucht.

Natürlich dient auch der regelmäßige fachliche Austausch aller in der ARS tätigen MitarbeiterInnen der Qualitätssicherung.

9.3 Hinweis auf den Datenschutz

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB.

Voraussetzung für einen Informationsaustausch mit kooperierenden Institutionen ist eine schriftliche Entbindung der gegenseitigen Schweigepflicht.

Darüber hinaus haben die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die mit Abhängigen von illegalen Drogen arbeiten, ein Zeugnisverweigerungsrecht.

Die RehabilitandInnen erklären sich damit einverstanden, dass personenbezogene Daten im EDV-System der Behandlungsstätten gespeichert werden. Patientenakten werden archiviert und 10 Jahre nach Ablauf der Behandlung aufbewahrt.

9.4 Genderperspektive / Diversity

Der Trägerverbund ARS im Kreis Heinsberg verpflichtet sich der Wahrnehmung der Genderperspektive, der Anerkennung des Geschlechts als soziale Kategorie sowie der Tatsache, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt. Das soziale Geschlecht unterliegt sozial und kulturell bedingten Verhaltensweisen und Identitäten von Frauen und Männern, die auch das Verhältnis zwischen diesen prägen. Was das soziale Geschlecht ausmacht, unterliegt sozialen, psychischen und kulturellen Determinanten, die in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Wandlungsprozessen entstehen und somit der Gestaltung wie auch der Veränderung zugänglich sind. Gendergerechte Suchtarbeit zielt auf eine gleichwertige gesundheitliche Versorgungsqualität ab.

Mit der Formulierung unterschiedlichen Behandlungsbedarfs werden biografische Erfahrungen und individuelle verarbeitungsweisen von Frauen und Männern berücksichtigt, die für die Suchtentstehung, den Suchtverlauf und Ausstiegsmöglichkeiten relevant sind. In der Suchthilfe wird eine geschlechtersensible Behandlung von suchtmittelabhängigen Frauen und Männern durchgeführt.

Diversity ist als Querschnittsaufgabe immer im Blick der Therapie bzw. der Therapeuten. Die ARS ist offen für Menschen aller Nationalitäten und Religionen. Der kulturelle Hintergrund der RehabilitandInnen wird immer berücksichtigt und ist Teil der therapeutischen Arbeit. Das Konzept der ARS versteht sich als antidiskriminierend.

43

10. Notfallmanagement

Beratungsstellen des Gesundheitsamtes:

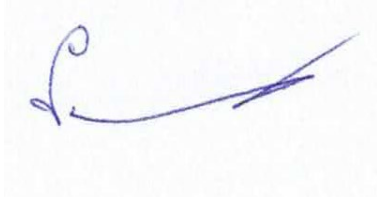
Sämtliche Mitarbeiter des Gesundheitsamtes werden regelmäßig in Erster Hilfe geschult, ein Teil der Mitarbeiter verfügt über eine darüber hinaus gehende Ausbildung zum Ersthelfer. An allen Standorten steht ein Erste-Hilfe-Koffer für Laien zur Verfügung. Bei medizinischen Notfällen wird zunächst ein Arzt des Gesundheitsamtes hinzugezogen. Steht kein Arzt des Gesundheitsamtes zur Verfügung, insbesondere in den Nebenstellen, wird der Rehabilitand bei Bedarf, zu einem Hausarzt/Facharzt begleitet. Außerhalb der (haus)ärztlichen Dienstzeiten wird der Rehabilitand bei Bedarf, zu einer Notfallpraxis begleitet. Bei vorliegender Notwendigkeit wird, u. U. auch direkt und ohne Zeitverzug, der Notarzt gerufen. Bleibt ein Rehabilitand einem Therapietermin fern und muss, unter Berücksichtigung der Vorgeschichte, von einer akuten oder latenten Gefahr für Leib und Leben ausgegangen werden, wird seitens des Bezugstherapeuten versucht, die Situation zu klären. Er wird z.B. Kontakt zu bekannten Bezugsperson des Rehabilitanden aufnehmen oder bei Bedarf auch einen Hausbesuch durchführen.

Standort Hückelhoven:

Alle der in der ARS tätigen Mitarbeiter verfügen über eine Ersthelferschulung, d.h. ein ausgebildeter Ersthelfer könnte immer im Notfall hinzugezogen werden. Es sind Standards definiert, wie im Falle physischer bzw. psychiatrischer Notfälle vorzugehen ist. Diese hängen für alle sichtbar aus. Die Kontaktdaten der nächstgelegenen Notfallpraxis (in Erkelenz) sind bekannt, hängen ebenfalls aus. Bei vorliegender Notwendigkeit wird ein Rettungswagen gerufen, ggfl. zusätzlich ein Notarzt.

Diese Konzeption wurde gemeinsam von der Suchtberatung des Kreises Heinsberg und der Beratungsstelle für Suchtfragen (Caritasverband f. d. Region Heinsberg in Kooperation mit dem Diakonischen Werk des Kirchenkreises Jülich) verfasst.

Heinsberg, den 23.11.2017



Wolfgang Sommer
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie
Leiter der Suchtberatung des Kreises
Heinsberg

Hückelhoven, den 23.11.2017



Marlies Trapp
Dipl. Psychologin, Psychologische
Psychotherapeutin
Leiterin der Beratungsstelle für
Suchtfragen

Anhang

A1 Einsatz- und Funktionsplan ARS

A1.1 Vorbereitung und Vermittlung zur ARS

Erst- und Einzelgespräche in der Kontaktphase

Suchtberatung Heinsberg

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1. Frau Derichs-Heuter | Dipl.- Sozialarbeiterin |
| 2. Frau Thoms | Dipl.- Sozialarbeiterin |
| 3. Frau Vujaklija | Dipl.- Sozialarbeiterin |

Suchtberatung Geilenkirchen

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. Herr Schultewolter | Dipl.- Soz. Päd. |
| 2. Frau Tiebel | Dipl.- Sozialarbeiterin |

Suchtberatung Erkelenz

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. Herr Müllers | Dipl.- Soz. Päd. |
| 2. Herr Petrick | Dipl.- Soz. Päd. |

Beratungsstelle für Suchtfragen Hückelhoven

- | | |
|-----------------|---|
| 1. Herr Fabri | Master of Science |
| 2. Herr Fischer | Dipl.- Soz. Päd. |
| 3. Frau Trapp | Dipl.- Psychologin, Psychologische
Psychotherapeutin |
| 4. Frau Wittrin | Dipl.- Soz. Päd. |
| 5. Frau Zix | Dipl.- Soz. Päd. |

45

A1.2 Durchführung der ARS

Siehe hierzu auch Personalstandsliste im Anhang

Suchtberatung Geilenkirchen

Einzelgespräche im Rahmen der ARS:

- Frau Tiebel

Suchtberatung Heinsberg:

ARS - Gruppe

- Frau Thoms
- Frau Vujaklija

Einzelgespräche im Rahmen der ARS:

- Frau Thoms
- Frau Vujaklija

Suchtberatung Erkelenz:

ARS - Gruppe

- Herr Müllers
- Herr Petrick

Einzelgespräche im Rahmen der ARS:

- Herr Müllers

- Herr Petrick

Suchtberatung Hückelhoven

ARS - Gruppe

Frau Trapp

Frau Wittrin

Einzelgespräche im Rahmen der ARS:

Herr Fabri

Herr Fischer

Frau Trapp

Frau Wittrin

Frau Zix

A1.3 Nachsorge

Nachsorgegruppe in Geilenkirchen in den Räumen des Gesundheitsamtes

- Frau Tiebel
- Herr Fischer, Mitarbeiter der Suchtberatung Hückelhoven

Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Suchtberatungsstellen bieten die Möglichkeit zu Einzelgesprächen im Rahmen der Nachsorge.

A1.4 Diagnostik

Medizinische Diagnostik:

Herr Sommer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter des Sozial-
psychiatrischen Dienstes des Kreisgesundheitsamtes

46

Psychodiagnostik:

Frau Trapp, Dipl. Psychologin, Leiterin der Beratungsstelle Hückelhoven

Psychosoziale Diagnostik:

Fr. Derichs-Heuter, Hr. Müllers, Hr. Petrick, Fr. Thoms, Fr. Tiebel, Fr. Vujaklija,
Herr Fabri, Herr Fischer, Frau Trapp, Frau Wittrin, Frau Zix

Supervision:

Teilnahme aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen.

A1.5 Ergänzende Angebote

Sozialberatung (Alle Mitarbeiter der Suchtberatung)

Paar- und Familientherapie (Hr. Müllers, Hr. Petrick)

Raucherentwöhnung (Hr. Fabri)

Kontrolliertes Trinken (Frau Trapp)

Lauf-/Walkinggruppe (Fr. Trapp)

Die Ärzte des Gesundheitsamtes decken den medizinischen Bereich mit ab.

A2 Teilhabe am Arbeitsleben

Im o.g. Bereich gibt es folgende Anbieter/Einrichtungen bzw. Zusammenarbeit mit diesen Anbietern/Einrichtungen:

Reha-Berater der Deutschen Rentenversicherung

JOBCENTER Kreis Heinsberg

Agentur für Arbeit

Lebenshilfe für Behinderte e.V. Kreis Heinsberg
Werkstätten für Menschen mit Behinderungen

Prospex gGmbH
Werkstatt für psychisch behinderte Menschen

Integrationsfachdienst des Caritasverbandes für die Region Heinsberg

Runder Tisch Arbeit

DAA, Heinsberg

Tertia, Erkelenz

TÜV Nord, Bildungszentrum Hückelhoven u. Geilenkirchen

TBZ Meuser, Trainings- und Bildungszentrum, Erkelenz

Kolping Bildungszentrum, Übach-Palenberg u. Heinsberg

FAW gGmbH, Bildungszentrum, Geilenkirchen

ARS-Behandlungsvereinbarung

zwischen

_____ (Name des Patienten)

und

der Beratungsstelle....

(hier wird der Name der entsprechenden Behandlungsstätte eingesetzt)

als Mitglied des Verbundes „Ambulante Medizinische Rehabilitation Sucht im Kreis Heinsberg“, vertreten durch

_____ (Name des Therapeuten)

§ 1 Zweck:

Die Beratungsstelle für Suchtfragen in Hückelhoven bietet als Partner im Verbundsystem im Rahmen der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation Sucht eine fachgerechte Therapie psychosozialer Störungen, die in einer Suchtproblematik ihren Ausdruck finden, an.

Ziel ist es, durch psychotherapeutische Angebote Ursachen und Folgeerscheinungen der Suchterkrankung aufzuarbeiten und eine stabile Abstinenz von Suchtmitteln bei den Patienten zu erreichen.

§ 2 Voraussetzungen:

Die Teilnahme des Patienten³ an der Behandlung im Rahmen ambulanter Rehabilitation erfolgt unter der Voraussetzung, dass der Patient

- sich verpflichtet, geregelt und kontinuierlich an den vereinbarten Therapieangeboten teilzunehmen. Sollte die Teilnahme aus wichtigem Grund im Ausnahmefall nicht möglich sein, ist eine telefonische Benachrichtigung erforderlich. Bei mehrmaligem Fehlen kann der Abbruch der Behandlung erfolgen;
- bereit ist, sich auf eine längerfristige Behandlung einzulassen;
- freiwillig an der Behandlung teilnimmt.
-

Verschwiegenheit:

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde durchgängig die männliche Bezeichnung verwendet. Natürlich sind immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

- Die Mitarbeiter der Beratungsstelle für Suchtfragen in Hückelhoven unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht.
- Die Mitarbeiter der Beratungsstelle für Suchtfragen in Hückelhoven sowie die zum ARS-Team gehörenden Mitarbeiter der Suchtberatungsstellen des Kreisgesundheitsamtes werden insofern von ihrer Schweigepflicht entbunden, dass sie sich in Fallbesprechungen untereinander austauschen dürfen.
- Patienten, die an der Gruppentherapie teilnehmen, verpflichten sich über Personen und Inhalte der Gruppengespräche zur absoluten Verschwiegenheit gegenüber gruppenfremden Personen.

§ 3 Art der Behandlung:

Es wird vereinbart, dass die Behandlung in Form von Einzel- und Gruppentherapie sowie ergänzenden Angehörigengesprächen stattfindet. Die Behandlung kann ergänzende Angebote, wie z.B. Indikationsgruppen oder Intensivtage umfassen.

Die Behandlung kann durch stationäre Maßnahmen (z.B. Entgiftungen, stationäre Intervallbehandlung, etc.) ergänzt werden.

Die Mitarbeiter der Beratungsstelle für Suchtfragen, Hückelhoven stimmen gemeinsam mit dem Patienten die Art und Häufigkeit der Maßnahmen ab; diese finden in dem individuell auf den Patienten abgestimmten Behandlungsplan ihren Ausdruck. Während der Teilnahme an der Behandlung können Laboruntersuchungen von der Beratungsstelle veranlasst werden.

49

§ 4 Vertragsdauer:

- In der Regel dauert die Behandlung 6 bis 12 Monate; nach Absprache und Zustimmung des Kostenträgers kann sie bis auf 18 Monate verlängert werden.
- Die Behandlungsvereinbarung kann von beiden Seiten gekündigt werden. Die Kündigung erfolgt schriftlich, zumindest durch einen entsprechenden Vermerk.
- Die Leistungs-Kostenträger werden von Seiten der Beratungsstelle für Suchtfragen, Hückelhoven, über Kündigung/Ende der Behandlung informiert.

§ 5 Sonstige Vereinbarungen:

, den _____

A4 Hausordnung

1. Das Mitbringen und der Konsum von sowie der Handel mit Drogen jeglicher Art (incl. Alkohol) ist verboten.
2. Das Mitbringen von Waffen ist nicht erlaubt.
3. Gewaltandrohung und Gewaltanwendung führt zum Hausverweis.
4. Zu den vereinbarten Terminen ist pünktlich zu erscheinen.
5. Während evtl. Wartezeiten haben sich Klienten im Warteraum aufzuhalten.

A5 Wochenplan

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
	9.00-11.00 Uhr Offene Sprechstunde Geilenkirchen	9.00-11.00 Uhr Offene Sprechstunde Heinsberg	9.00-11.00 Uhr Offene Sprechstunde Erkelenz
	16.00-19.00 Uhr Offene Sprechstunde Hückelhoven		9.00 – 12.00 Offene Sprechstunde Hückelhoven
	18.00-19.00 Uhr Lauf- /Walkinggruppe Hückelhoven	18.00-20.00 Uhr Nachsorge- Gruppe Geilenkirchen	
	18.00-20.00 Uhr ARS-Gruppe Heinsberg	18.00-20.00 Uhr ARS-Gruppe Hückelhoven	
19.00-20.40 Uhr ARS-Gruppe Erkelenz	19.00-21.00 Uhr Angehörigen- und Elterngruppe Hückelhoven, 14-tägig im Wechsel		

A6 Personalstandsliste

Stand: 01.01.2017

Personalstandsliste von:

Beratungsstelle für Suchtfragen

Dinstühlerstr. 29 , 41836 Hückelhoven und

Suchtberatungen des Kreisgesundheitsamtes Heinsberg (inkl. Nebenstellen

Geilenkirchen und Erkelenz)

Valkenburger Str. 45, 52525 Heinsberg

Behandlung von:

Indikation:

Schlüssel-Nr.:

IK-Nr.: 480530988

Med. Bereich	Name	Eintritt am	Austritt am	Qualifikation/Zusatzausbildung	Funktion i.d. Einrichtung	Ein-grupp.	AZ/WO	AZ/Wo In Einr.	Anmerkung
	Sommer, Wolfgang	09/05		Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	ARS-Arzt		ARS	3 Std./Gruppe	
Therap. Bereich (I)									
	Fabri, Ingmar	01.02.10		Diplom-Sozialpädagoge	Suchtberater, ARS-Therapeut		ARS	TZ 33 Std.	
	Fischer, René	01.12.12		Diplom-Sozialpädagoge	Suchtberater, ARS- Co-Therapeut		ARS	TZ 36 Std.	
	Trapp, Marlies	01.04.97		Diplom-Psychologin	Leiterin d. Beratungsstelle, ARS-Therapeutin		ARS	VZ 39 Std.	
	Wittrin, Iris	10.04.12		Diplom-Sozialpädagogin	Suchtberaterin, ARS-Therapeutin		ARS	TZ 27,5 Std.	
	Zix, Ute	01.02.12		Diplom-Sozialpädagogin	Suchtberater, ARS-Therapeutin		ARS	TZ 33 Std.	
	Petrick, Horst	01.09.92		Diplom-Sozialpädagoge	Suchtberater, ARS-Therapeut		ARS	VZ 39 Std.	
	Thoms, Doris	8/87		Diplom-Sozialarbeiterin	Suchtberaterin, ARS-Therapeutin		ARS	TZ 19,5 Std.	
	Müllers, Johannes			Diplom-Sozialpädagoge	Suchtberater, ARS-Therapeut		ARS	VZ 39 Std.	
	Tiebel, Ursula	11/01		Diplom-Sozialarbeiterin	Suchtberaterin Sozialtherapeutin, ARS-Therapeutin		ARS	VZ 39 Std.	
	Vujaklija, Britta	05/99		Diplom-Sozialarbeiterin	Suchtberaterin Sozialtherapeutin, ARS-Therapeutin		ARS	TZ 27,3 Std.	
	Derichs-Heuter, Bettina	10/09		Diplom-Sozialarbeiterin	Suchtberaterin, Familientherapeutin ARS-Therapeutin		ARS	TZ 27 Std.	
Verwaltungsbereich									
	Mannheims, Ulrike	01.05.99		Verwaltungsangestellte				TZ 25,3 Std.	
Supervision									
	Jakob-Krieger, Cornelia			Dipl.-Supervisorin					

A7 Literaturverzeichnis

- **Beck, Aaron T./Wright, Fred/Newman, Cory F./Liese, Bruce S.:** Kognitive Therapie der Sucht, Weinheim, 1997
- **Beck, Aaron T.:** Beck-Depressions-Inventar: (BDI); Testhandbuch, Huber Verl. 1995
- **Deutsche Rentenversicherung Bund:** Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für einen „Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform“ nach einer stationären/ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 04.03.2015
- **Deutsche Rentenversicherung und Gesetzliche Krankenversicherung:** Arbeitshilfe für die Gliederungsstruktur von Rehabilitationskonzepten im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen, 2012
- **Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen:** Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF, 2005
- **Dilling, H. u.a.:** Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10, Bern, 2000
- **Funke, Wilma, Funke, Joachim, Klein, Michael, Scheller, Reinhold:** Trierer Alkoholismusinventar (TAI), Hogrefe 1987
- **Gastpar, Markus/Mann, Karl/Rommelspacher, Hans (Hrsg.):** Lehrbuch der Suchterkrankungen, Stuttgart, Thieme, 1999
- **Grawe, Klaus:** Neuropsychotherapie, Hogrefe 2004
- Hoch, Eva; Zimmermann, Petra; Henker, Jana; Rohrbacher, Heike; Noack, René; Bühringer, Gerhard; Wittchen, Hans-Ulrich: Modulare Therapie von Cannabisstörungen, das CANDIS-Programm, Hogrefe 2011
- **Körkel, Joachim (Hrsg.):** Praxis der Rückfallbehandlung, Blaukreuz-Verlag 1991
- **Körkel, Joachim (Hrsg.):** Der Rückfall des Suchtkranken, Springer-Verlag, 1992
- **Reinecker, Hans:** Grundlagen der Verhaltenstherapie, 3. Aufl., Weinheim/Basel, Beltz, 2005
- **Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12:** Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, 2006
- **SKM e.V. Köln** Konzeption / Ambulante medizinische Rehabilitation
- **Soyka, Michael:** Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie, Weinheim, 1995

- **Stachowske, Ruthard:** Sucht und Drogen im ICF-Modell, Asanger Verl., 2008
- **Thomasius, Rainer** (Hrsg.): Psychotherapie der Suchterkrankungen, Stuttgart, Thieme Verl. Schattauer, 2000
- Trägerverbund des Caritasverbandes für die Regionen Aachen Stadt und Aachen Land e.V. und des Diakonischen Werkes im Kirchenkreis Aachen: Konzeption für die Durchführung von Ambulanter Medizinischer Rehabilitation Sucht, 2012
- **Tretter, Felix/Müller, Angelica** (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle, Hogrefe Verl., 2001
- **Tretter, Felix:** Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis, Stuttgart, Schattauer Verl., 2008
- **Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“** vom 04.05.2001: Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker
- **Zielke, M.:** Kieler Änderungssensitive Symptomliste, (KASSL), Beltz Verl., 1979
- **Zielke, M. u. Kopf-Mehnert, C.:** Veränderungsfragebogen des Erlebens, (VEV), Beltz Verl., 1978