

Konzeption

**Aschaffener Fachambulanz
für Abhängigkeitskranke**

**Frohsinnstraße 10/Vordergebäude
63739 Aschaffenburg**

Tel: 06021/451537

Fax: 06021/451538

E-Mail: aschaffener.fachambulanz@hephata.com

Stand:
Juni 2011

Gliederung

- 1. Einleitung**
 - 1.1 Der Träger
 - 1.2 Regionalität und Infrastruktur

- 2. Das Angebot der Aschaffener Fachambulanz**

- 3. Grundlagen der therapeutischen Arbeit (Therapiekonzept)**
 - 3.1 Menschenbild, wissenschaftliche Grundlagen, therapeutische Schlussfolgerungen
 - 3.2 Der medizinischen Rehabilitation zugrunde liegendes Krankheits- und Persönlichkeitsmodell
 - 3.3 Suchtverständnis und wissenschaftlich fundierte, schulenübergreifende Sichtweise

- 4. Beschreibung der Maßnahme**
 - 4.1 Ziele der Maßnahme
 - 4.2 Die Stellung des Arztes im therapeutischen Prozess
 - 4.3 Voraussetzungen der Durchführung ambulanter Therapie
 - 4.4 Kontraindikationen
 - 4.5 Behandlungsverlauf/Struktur
 - 4.5.1 Kontaktphase
 - 4.5.2 Motivations- und Klärungsphase (4 Wochen)
 - 4.5.2.1 Diagnostische Verfahren
 - 4.5.2.2 Vorbereitung der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
 - 4.5.2.3 Indikationsstellung
 - 4.5.3 Ambulante Rehabilitation (9 bis 12 Monate, maximal 18 Monate)
 - 4.5.4 Abschlussgespräch

- 5. Erläuterungen zu einzelnen Bausteinen der ambulanten Therapie**
 - 5.1 Motivation und Motivationsklärung
 - 5.2 Einzeltherapie
 - 5.3 Gruppentherapie
 - 5.4 Indikationsgruppen
 - 5.5 Angehörigenarbeit/Beteiligung der Bezugspersonen
 - 5.6 Begleitende Hilfen im sozialen Umfeld
 - 5.6.1 Berufliche Situation
 - 5.6.2 Schulden/Schuldenregulierung
 - 5.6.3 Wohnungssituation
 - 5.7 Umgang mit Rückfälligkeit
 - 5.8 Krisenintervention
 - 5.9 Therapievertrag
 - 5.10 Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

6. Ambulante Nachsorge nach stationärer Rehabilitation

- 6.1 Allgemeines
- 6.2 Konzeptionelle Aussagen
- 6.3 Organisation

7. Weiterführende Aufgaben der Aschaffener Fachambulanz im Rahmen der ambulanten Rehabilitation

- 7.1 Zusammenarbeit im Therapieverbund
- 7.2 Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit

8. Qualitätssichernde Maßnahmen

- 8.1 Teamsitzungen, Fallbesprechungen, externe Supervision
- 8.2 Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- 8.3 Effektivitätskontrollen, Dokumentation, Qualitätssicherung

Anlagen

- Literaturhinweise
- Therapievertrag
- Verfasserangaben

1. Einleitung

1.1 Der Träger

Die Aschaffener Fachambulanz (AFa) für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer existiert seit Juli 2003. Sie erhielt ihre Anerkennung im März 2004 durch die LVA Unterfranken (seit 01.01.2008 Deutsche Rentenversicherung Nordbayern). Der Träger der AFa ist Hephata Hessisches Diakoniezentrum e. V., ein großer diakonischer Träger, der außer Hilfen für Suchtkranke, Angebote in der Jugendhilfe, der Altenhilfe, der Behindertenhilfe, der Krankenpflege, der Neurologie und Psychiatrie und der Aus- und Weiterbildung vorhält.

Eng verzahnt ist die Arbeit der AFa mit der trägereigenen Fachklinik Weibersbrunn, deren externen Adaptionseinrichtung „Haus am Schneeberg“ in Aschaffenburg und der Würzburger Fachambulanz.

Die Konzeption und die damit verbundene personelle Ausstattung der AFa entspricht der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001. Es gelten die Richtlinien zur medizinischen Rehabilitation der Leistungsträger.

Das Angebot der Fachambulanz ist auf Anregung der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern entwickelt worden, hat sich bewährt und wurde insbesondere als ambulante Therapie für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer profiliert.

1.2 Regionalität und Infrastruktur

Die Aschaffener Fachambulanz befindet sich verkehrsgünstig in der Stadtmitte von Aschaffenburg und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. In unmittelbarer Nähe befinden sich der Hauptbahnhof und die City-Galerie (ein großes Einkaufszentrum). Das Einzugsgebiet umfasst sowohl die Stadt als auch den Landkreis Aschaffenburg. Die AFa trägt mit ihrem Beratungs- und Rehabilitationsangebot dazu bei, dass die Versorgung von fast 250.000 Menschen in der Suchthilfe gewährleistet ist.

Die Rehabilitations- und Beratungsräume befinden sich in der Frohsinnstraße 10. Neben einem Eingangsbereich, einem Mitarbeiterbüro, das gleichzeitig als Rehabilitationsraum genutzt wird, sanitäre Anlagen, verfügt die AFa über einen Gruppen- und Rehabilitationsraum.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachambulanz haben langjährige Erfahrung in der Rehabilitation suchtkranker Menschen. Die Ausbildungsstandards entsprechen der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 und wurden von der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern anerkannt.

Die in der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 geforderte personelle Ausstattung für ambulante Rehabilitationseinrichtungen wurde bei uns den Anforderungen entsprechend umgesetzt. (Wir verweisen diesbezüglich auf den sich im Anhang befindlichen Personalstandsplan, den wir alle 6 Monate aktualisieren.)

2. Das Angebot der Aschaffener Fachambulanz

Grundlage der AFa bildet der Inhalt der Anlage 1 zur Vereinbarung Abhängigkeitskranker vom 04.05.2001. Die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger sind Leitlinien der ambulanten medizinischen Rehabilitation.

Ausgehend von diesen Grundlagen wurde ein umfassendes Konzept „Ambulante Rehabilitation“ entwickelt. Abgeleitet von dieser Maßnahme und ergänzend dazu wurde ein Konzept „Ambulante Nachsorge nach stationärer Therapie“ entwickelt. Neben diesen beiden Angeboten findet in der AFa Information und Beratung für Betroffene und Angehörige statt.

Neben der ständigen Erreichbarkeit der AFa (Hinweis auf Anrufbeantworter) wird eine offene Sprechstunde zweimal wöchentlich, dienstags von 15.00 Uhr bis 18.00 Uhr und donnerstags von 9.00 Uhr bis 11.00 Uhr, angeboten.

Die Gruppentherapie findet dienstags zwischen 18.15 Uhr und 20.00 Uhr statt. Für Einzeltherapien werden terminliche Vereinbarungen getroffen.

Durch eine Rufumleitung in die Fachklinik Weibersbrunn kann die AFa durchgängig kontaktiert werden.

3. Grundlagen der therapeutischen Arbeit (Therapiekonzept)

3.1 Menschenbild, wissenschaftliche Grundlagen, therapeutische Schlussfolgerungen

Hephata heißt „Öffne Dich“. Dieses „Öffne Dich“ ist gleichzeitig Leitlinie des diakonischen Trägers der AFa. Im Mittelpunkt der sozialen und therapeutischen Arbeit von Hephata steht immer der zu begleitende Mensch. Im Falle der Fachambulanz sind dies suchtkranke Frauen und Männer (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit), deren Angehörige und andere Betroffene. Das Mindestalter beträgt 18 Jahre. In einem wissenschaftlich fundierten, schulenübergreifenden Konzept (siehe 3.3) werden Aspekte verschiedener therapeutischer Schulen so miteinander verbunden, dass sie den individuellen Bedürfnissen der suchtkranken Menschen entsprechen (Verhaltenstherapie, ergänzt durch andere Verfahren wie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, systemische Psychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama). Es wird von einem Ansatz ausgegangen, der sich weitestgehend ganzheitlich versteht. Da eine Suchterkrankung ein mehrdimensionales Ursachengefüge hat, leitet sich die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und therapeutischer Sichtweisen ab.

Grundlage der therapeutischen Arbeit bildet ein diagnostisches Verfahren, an dem die unterschiedlichen Professionen beteiligt sind.

In der Therapie werden die seelische, geistige und körperliche Gesundheit der Patientinnen und Patienten gefördert. Sie erfahren in der Therapie Hilfe zur Selbsthilfe. Der Integration in ein intaktes soziales Umfeld wird besondere Beachtung geschenkt. Unter erfolgreicher Therapie wird also nicht nur bloße Symptombeseitigung verstanden, sondern es werden Ressourcen aktiviert und Fähigkeiten zur Problemlösung entwickelt.

Weitere aufbauende Zielsetzungen neben der Hilfe zur Selbsthilfe sind:

- Befähigung zur zufriedenen Dauerabstinenz vom Suchtmittel,
- erhöhte Konfliktfähigkeit,
- realistische Selbstwahrnehmung,
- Erhöhung der psychischen Belastbarkeit,
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit,
- Erweiterung der sozialen Kompetenzen.
- Volle Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

3.2 Der medizinischen Rehabilitation zugrunde liegendes Krankheits- und Persönlichkeitsmodell

Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (Kapitel F des ICD 10) der WHO schafft die Voraussetzungen zum Verständnis des Abhängigkeitssyndroms. Entscheidendes Kriterium für Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermäßige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente oder Alkohol zu konsumieren. Als wesentliches Charakteristikum des Abhängigkeitssyndroms gilt das Vorliegen eines aktuellen Konsums oder ein starker Wunsch nach der Substanz.

Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren (Dilling, et al, 1992). Es darf davon ausgegangen werden, dass der Substanzkonsum Betroffener zunächst als funktional für die Bewältigung bestimmter anstehender Entwicklungsaufgaben erlebt wird (Waldow, 1989). Süchtiges Verhalten stellt so den gescheiterten Versuch dar, offenkundige Konflikte oder Spannungen zu lösen. Anders gesagt: Der in die Abhängigkeit führende Suchtmittelgebrauch ist der unbewusste, wenn auch frustrierende Versuch einer Selbstheilung (Rost, 1987).

Durch die medizinische Rehabilitation und die damit verbundenen therapeutischen Interventionen sollen die Selbstheilungskräfte der Betroffenen wieder geweckt und individuell gefördert werden.

Unabdingbare Voraussetzung für die therapeutische Arbeit in der Fachambulanz ist dabei Achtung, Wertschätzung und Respekt der Persönlichkeit der Patientinnen und Patienten, ist das Bemühen um emotionale Wärme. Echtheit und Geradlinigkeit zeichnen die Persönlichkeit des Therapeuten aus.

3.3 Suchtverständnis und wissenschaftlich fundierte, schulenübergreifende Sichtweise

Suchtverständnis:

Sucht wird begriffen als maßgebliches Verlangen, das auf einen bestimmten Erlebniszustand abzielt und die freie Entfaltung der Persönlichkeit und deren soziale Bindungen zerstört. Damit bleibt die Sucht nicht auf den Abhängigen beschränkt. Das Umfeld des Betroffenen ist zugleich beteiligt und betroffen und muss in das Hilfsangebot einbezogen werden.

Entstehung und Entwicklung von Suchtmittelabhängigkeit ist zu fassen als komplexes Ursachenbündel, das seine Wurzeln in der individuellen Lebensgeschichte des Betroffenen hat und durch begünstigende Faktoren im Laufe des weiteren Lebensweges seine süchtige Ausprägung erfährt. Die Vielschichtigkeit des Ursachengefüges bei der Entstehung und Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung und der damit einhergehenden unterschiedlichen persönlichen Entwicklungsgeschichte der Patientinnen und Patienten machen es erforderlich, ein Rehabilitationskonzept vorzuhalten, das der Individualität des Betroffenen gerecht wird.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AFa stützen sich in der Therapieplanung auf wissenschaftliche Erkenntnisse, nach denen den Suchterkrankungen keine einheitlichen Ursachen zugrunde liegen, sondern die Suchterkrankungen selbst Ausdruck unterschiedlicher gestörter Entwicklungen und Fehlanpassungen sein können. Individuelle Anlagen, neurobiologische Mechanismen, soziale Bedingungen, Lernprozesse und auch geschlechtsspezifische Faktoren wirken bei Suchterkrankungen so aufeinander, dass Spannungszustände und Konflikterleben die psychische Situation der Betroffenen bestimmen. In diesem Zusammenhang hat das Suchtmittel Ausgleichs-, Entspannungs- und Harmonisierungsfunktion. Sucht ist somit ein komplexes gelerntes Verhalten zur Verminderung leidvoller Erlebnisse und qualvoller Seelenzustände. Sucht ist demnach die Folge eines anlage-, lern- und sozialisationsbedingten Erlebens, das dem Betroffenen die psychoaktiven Substanzen wie Alkohol oder Medikamente hilfreich erscheinen lassen. Die Folgen sind Gewöhnung, Missbrauch und Abhängigkeit, die im weiteren Verlauf zur Ausprägung einer Alkoholerkrankung führen können (nach Jellinek).

Neurobiologische Sichtweise:

Die neurobiologischen Modelle der Sucht konzentrieren sich auf die Rolle des gehirninternen Belohnungssystems. Der Konsum von Alkohol führt zu Aktivitäten in jenen Hirnregionen, die ansonsten auch in die Empfindung von Lust und Belohnung involviert sind, wie z. B. dem mesolimbischen Dopaminsystem. Es ist daher die dem Organismus signalisierte Belohnung, die den Reiz des Alkohols ausmacht. Durch die wiederholte Einnahme passen sich nun die Nervenzellen an den Alkohol an, indem sich z. B. die Anzahl der beteiligten Nervenverbindungen erhöhen oder reduzieren und indem es zu Adaptionsvorgängen auf Rezeptorebene (Glutamat- und GABAerge Synapsen) kommt. Dadurch erfolgten Toleranzbildung und körperliche Entzugsserscheinungen. Durch die Toleranzbildung müssen immer größere Mengen Alkohol eingenommen werden, um den gleichen Effekt zu erzielen. Entzugssymptome treten auf, wenn nicht mehr Alkohol in ausreichender Menge im Körper vorhanden ist. Wird Alkohol wieder zugeführt, verschwinden die Entzugsserscheinungen. Es entsteht ein Teufelskreis: gesteigerter toleranzbedingter Alkoholkonsum führt zu erhöhten Entzugsserscheinungen, welche durch vermehrten Alkoholkonsum eliminiert werden. Entsprechend der Sensitivierungshypothese (Bernit und Robinson 1993) führt der Konsum einer süchtigmachenden Substanz zu langanhaltenden Änderungen in Schaltkreisen des Gehirns, die Verlangen signalisieren. Diese Veränderungen führen zu einer Übersensibilisierung gegenüber sogenannten Auslösereizen. Damit sind Reize gemeint, die mit dem süchtigen Verhalten unmittelbar verknüpft sind (z. B. das

Stammlokal). Diese Auslösereize lösen schließlich Aktivitäten in denen Gehirnregionen aus, die zusätzlich das süchtige Verlangen wecken (sogenanntes Craving) und damit zu einem entsprechenden Konsumwunsch führen.

Psychologische Sichtweise:

In unserem Konzept sowie in unserer therapeutischen Arbeitsweise verbinden wir die Ansätze verschiedener psychotherapeutischer Richtungen (Verhaltenstherapie, ergänzt durch die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, systemische Psychotherapie und Humanistische Psychologie - wie Psychodrama und Gestalttherapie), was sich in der Ausbildung unserer Mitarbeiter widerspiegelt.

Die Verhaltenstherapie macht die Vorgänge in der Therapie und die Interventionen der Therapeuten möglichst durchschaubar. Ziel ist es, möglichst rasch wieder Verantwortung für die Therapie und das eigene Verhalten zu übernehmen.

In der Verhaltenstherapie werden die verschiedenen verhaltensbedingenden Bereiche bearbeitet. Angestrebt wird eine Veränderung der situativen, kognitiven, affektiven, somatischen Bedingungen sowie des äußeren Verhaltensbereichs.

Der Patient soll lernen, Situationen herstellen zu können, in denen das Suchtverhalten unwahrscheinlich ist (situative Bedingungen).

Der Patient soll die eigene Suchtmittelabhängigkeit akzeptieren und erkennen, wie das Suchtmittel auf Fühlen und Handeln wirkt. Dabei ist auch das Erkennen des Zusammenhangs zwischen Suchtmittelgebrauch und allgemeiner Lebensführung wichtig (kognitive Bedingungen).

Verdeckte Gefühle sollen erkannt werden, dass „Aufbrausen“, die Eskalation von Gefühlen soll dabei abgebaut werden. Wesentlich ist außerdem die Stärkung bzw. Stabilisierung des Selbstwertgefühls, welches bei Suchtkranken ohne Suchtmittel äußerst labil ist (affektive Bedingungen).

Der Patient soll erleben, dass Nüchternheit ein normales und positives Körpergefühl ausmacht. Die körperliche Funktionstüchtigkeit soll aufgebaut werden (somatische Bedingungen).

Wichtig ist das Vergrößern der Entscheidungsmöglichkeiten, z. B. sich ohne Suchtmittel zu entspannen, etwas Gutes für den Körper zu tun, die Freizeit aktiv und sinnvoll zu gestalten und das Leben bewusst und selbstständig zu planen (äußerer Verhaltensbereich).

Laut tiefenpsychologisch fundierter Therapie existiert in jedem Menschen ein ihm unbekannter Seelenbereich (Unbewusstes), der ihm nicht unmittelbar zugänglich ist, jedoch alle wesentlichen Gefühle und Handlungen steuert. So können z. B. schwere seelische Verletzungen in der Kindheit (Traumata) u. a. die Ursache für eine spätere psychische Störung sein. Daher wird im Verlauf der ambulanten Rehabilitation die Lebensgeschichte im Sinne von Erinnern und Durcharbeiten aufgearbeitet. Abgespaltene Anteile werden integriert.

In der systemischen Psychotherapie werden familiäre bzw. systemische Zusammenhänge und interpersonelle Beziehungen als Grundlagen für seelische Beschwerden und interpersonelle Konflikte betrachtet und bearbeitet.

Die Gestalttherapie stellt das Erleben, Wahrnehmen und Selbstunterstützen im „Hier und Jetzt“ besonders heraus. Den Patientinnen und Patienten soll ermöglicht wer-

den, ihr Wahrnehmungsvermögen auf mehrere Ebenen zu erweitern und zu vertiefen.

Das Psychodrama, das zum Ziel hat, eingefahrene Rollen abzulegen, ein großes „Rollenrepertoire“ zu erwerben sowie echt, flexibel und situationsgemäß zu handeln. Damit werden alte Fixierungen (siehe Tiefenpsychologie) überflüssig.

4. Beschreibung der Maßnahme

4.1 Ziele der Maßnahme

Die ambulante Entwöhnungsbehandlung wird als ein zielgerichtetes, problemorientiertes und zeitlich begrenztes Angebot verstanden. Es ist ein eigenständiges Angebot, das bei entsprechender Indikation eine stationäre Rehabilitation ersetzen kann.

Neben den Zielbeschreibungen aus Punkt 3.1 leiten sich die Basisziele ab:

- Volle Wiederherstellung oder erhebliche Besserung der Erwerbsfähigkeit. Der Patient soll befähigt werden, ein geregeltes Beschäftigungsverhältnis aufzunehmen oder dasselbe zu erhalten. Die dafür notwendigen Fähigkeiten, Kompetenzen und Bedürfnisse erfahren in der Therapie Stärkung bzw. Erweiterung.
- Lernen, solche Beziehungen einzugehen, die tragfähig und gesund sind, die den eigenen Interessen und Bedürfnissen entsprechen.
- Behebung bzw. Minderung psychischer und/oder psychosomatischer Störungen.
- Entwicklung von Fähigkeiten zur sinnvollen Freizeitgestaltung und eines adäquaten Freizeitverhaltens.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen maßgeblich die Abstinenz sowie die soziale und berufliche Integration der Patientinnen und Patienten:

- Der gesamte soziale Bereich soll abgedeckt werden.
- Der Rehabilitand wird im Falle der Arbeitslosigkeit darin unterstützt, Kontakt zum alten und/oder neuen Arbeitgeber herzustellen.
- Dem Rehabilitanden wird in Gruppen- und Einzeltherapie gezielt aus seiner Arbeitslosigkeit herausgeholfen (Rollenspiele, Vorstellungsgespräche üben, Selbstsicherheitstraining).
- Sozialrechtliche Beratung und Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgen je nach individueller beruflicher Problemlage.

4.2 Die Stellung des Arztes im therapeutischen Prozess

Neben dem Lenken, Steuern und Leiten des gesamten therapeutischen Prozesses sind folgende Aufgaben hervorzuheben:

- Zentrale Aufgabe bei der Erhebung der Anamnese und Diagnostik, sowohl aus der Sicht der Allgemeinmedizin, als auch der Psychiatrie und Neurologie.
- Empfehlung für komplementäre Therapien einschließlich der Kontaktierung anderer niedergelassener Ärzte (Informationsaustausch).

- Primäre Mitarbeit an der Indikationsstellung.
- Verlaufsuntersuchungen und Dokumentation.
- Leitung der Fall- und Teambesprechungen.
- Notwendige Zwischenuntersuchungen.
- Abschlussuntersuchung.
- Verantwortliche Erstellung des Entlassungsberichtes.

4.3 Voraussetzungen der Durchführung ambulanter Therapie

Folgende Voraussetzungen müssen gegeben sein, um eine ambulante Entwöhnungsbehandlung in der AFa durchführen zu können:

- Der Patient muss mindestens 18 Jahre alt sein.
- Der Patient muss über hinreichende Krankheitseinsicht verfügen.
- Beim Patienten muss die Bereitschaft zur Abstinenz vorhanden sein.
- Die Fähigkeit zur Abstinenz muss ausreichend ausgebildet sein, um an der Therapie teilnehmen zu können.
- Der Patient muss die Einwilligung geben, dass Kontrollen auf Suchstoffe stattfinden.
- Es muss die grundsätzliche Bereitschaft vorhanden sein, Änderungen und Veränderungen im Leben vorzunehmen.
- Es müssen die Voraussetzungen gegeben sein, um an den Therapiestunden regelmäßig teilzunehmen.
- Es muss die Bereitschaft und die Fähigkeit vorliegen, formelle und informelle Absprachen einzuhalten.
- Ein weitgehendes intaktes soziales Umfeld und geregelte Lebensverhältnisse mit sozialen Mindestabsicherungen sollten gegeben sein.
- Der Besuch einer Selbsthilfegruppe wird erwartet.
- Der Patient fühlt sich mitverantwortlich für den Genesungsprozess im Sinne seiner Mitwirkungspflicht.
- Die Kostenzusage des zuständigen Leistungsträgers muss vorliegen.

4.4 Kontraindikationen

Folgende Kriterien schließen eine ambulante Rehabilitation aus:

- Menschen, die ohne festen Wohnsitz sind.
- Menschen, die keinen geregelten Lebensunterhalt haben.
- Anstehender Haftantritt.
- Akute Selbst- oder Fremdgefährdung.
- Akute Psychosen.
- Drogenabhängigkeit als Hauptdiagnose.
- Hirnorganische Schäden, die eine Teilnahme an der Therapie unmöglich machen.
- Körperliche Erkrankungen, die eine Teilnahme an der Therapie unmöglich machen.

Da es sich oft um Grenzfälle handelt, wird in der Fachambulanz gemeinsam mit den Hilfesuchenden sehr genau geprüft, welche therapeutische Maßnahme sinnvoll und möglich ist. Erfahrungsgemäß führt dieser Beratungsprozess zu positiven Entschei-

dungen hinsichtlich der Therapiewahl, ob ambulant, stationär oder Kombinationstherapie.

4.5 Rehabilitationsverlauf/Struktur

Die Rehabilitation kann in vier größere Abschnitte untergliedert werden. Bei den Punkten 4.5.1 und 4.5.2 handelt es sich um „Vorlaufphasen“, die entweder zu einer ambulanten, stationären, Kombinationsbehandlung oder zu keiner Behandlung führen.

4.5.1. Kontaktphase

Nach dem telefonischen Erstkontakt, dem schon anbahnende und hinführende Funktionen zukommen, wird ein Beratungsgespräch/Klärungsgespräch in der AFa durchgeführt.

4.5.2. Motivations- und Klärungsphase (4 Wochen)

4.5.2.1 Diagnostische Verfahren

Zunächst wird hier grundsätzlich geklärt, ob eine ambulante Therapie für den Hilfesuchenden in Frage kommt. Sollte sich dies bejahend herausstellen, werden die umfangreichen diagnostischen Aufgaben eingeleitet und umgesetzt:

- a. Anamneseerhebung (Fragebogen zur Lebensgeschichte).
 - b. Psychiatrische und körperliche (inkl. neurologische) Untersuchung durch den Arzt der AFa.
 - c. Klinisch-psychologische Testuntersuchungen (u. a. Trierer Alkoholismus-Fragebogen (TAI), Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit (FTND), Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), Brief-Symptom-Inventary (BSI), Beck Depressionsinventar (BDI), Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D) und das Strukturierte Klinische Interview SKID II (bei entsprechender Indikation). Falls indiziert wird eine neuropsychologische Testung durchgeführt.
 - d. Bedingungsanalyse
- Die Maßnahmen unter a., c. und d. werden von der Dipl.-Psychologin, Psych. Psychotherapeutin, durchgeführt. Bei der Erstellung der Diagnostik spielen Unterlagen anderer beteiligter Institutionen eine entscheidende Rolle.

All diese diagnostischen Instrumente dienen auch der Beantragung der Maßnahme beim zuständigen Leistungsträger einschließlich der Erstellung des Sozialberichtes.

Im Mittelpunkt des Diagnoseverfahrens steht der Arzt der AFa. Die Bewertung der eventuell vorliegenden Befunde, ebenso wie die Erhebung körperlicher und psychischer Befunde, liegen in seiner Verantwortung.

Medikamentöse Behandlung mit „Anticraving-Substanzen“

Besteht eine medikamentöse Vorbehandlung mit einer Anticraving-Substanz (bisher in Deutschland zugelassen: Acamprosat), wird das weitere Vorgehen mit dem Patienten besprochen. Aufgrund der Studienlage halten wir eine Behandlung mit Acamprosat in der Regel nicht für sinnvoll und führen normalerweise ein ausschleichendes Absetzen, spätestens während der ambulanten Reha, durch.

Die Psychotherapeuten sind federführend bei der Erstellung des individuellen Rehabilitationsplanes. Das geschieht auf der Grundlage der ärztlichen Aussage und in Abstimmung mit dem Arzt.

Die Soziale Diagnostik als Teil der Gesamtdiagnostik trägt maßgeblich dazu bei, den Patienten im Zusammenhang seines sozioökonomischen Umfeldes zu sehen. Dazu werden u. a. erhoben:

- sozioökonomische Situation des Patienten,
- Daten aus dem Lebenslauf (Fragebogen zur Lebensgeschichte),
- Suchtentwicklung,
- aktuelles Suchtverhalten,
- eventuelle psychische Beeinträchtigungen,
- berufliche Situation und beruflicher Werdegang,
- Partnerschaft, Freundschaft, Beziehungen,
- familiäre Situation,
- Fragen zur Herkunftsfamilie,
- soziales Umfeld, soziale Kontakte,
- Ausbildung,
- Freizeitverhalten und Freizeitinteressen.

Die von den Psychologen, Sozialarbeitern und Sozialpädagogen erhobenen diagnostischen Daten werden im gesamten Beratungs- und Rehabilitationsverlauf ergänzt und angereichert. Im Team werden die unterschiedlichen Eindrücke ausgetauscht, bewertet und in den Supervisionsprozess einbezogen.

4.5.2.2 Vorbereitung der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Häufig kommen Menschen in die Fachambulanz, die aktuell Alkohol trinken und sich in einem seelisch und körperlich recht desolaten Zustand befinden. Entstehen in dieser Krisenkontaktzeit gute emotionale Beziehungen zwischen Hilfesuchenden und Mitarbeitern der AFa, werden diese nach einer akuten Entgiftung genutzt, um gemeinsam Klärungen über weitere therapeutische Möglichkeiten zu finden. Oft beginnt hier die Motivationsphase für eine ambulante oder stationäre Therapie. Es werden, wie gerade beschrieben, die notwendigen Voraussetzungen getroffen, um eine fachgerechte Indikation treffen zu können. In diesen Prozess werden selbstverständlich Angehörige einbezogen. Je nach Interessenlage des Betroffenen und der Diagnose/Indikation des Beratungsteams wird ein Antrag auf ambulante oder stationäre Therapie beim zuständigen Leistungsträger gestellt. Bis zur endgültigen Entscheidung durch den Leistungsträger wird die Betreuung durch die Beratungsstelle gesichert. Maßgebliches Ziel ist es die Motivation zur Therapie zu stärken und Fähigkeiten zur zufriedenen Abstinenz weiter zu entwickeln. Diese Phase der Zusammenar-

beit endet, sobald eine Kostenzusage durch den zuständigen Leistungsträger vorliegt. Danach wird die entsprechende, genehmigte Maßnahme eingeleitet.

4.5.2.3 Indikationsstellung

Die Indikation der ambulanten Rehabilitation stützt sich auf die Kriterien der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10), auf die in der Konzeption beschriebenen Voraussetzungen bzw. Ausschlusskriterien, die motivationalen Bedingungen des Patienten und die eingehende Diagnostik. Die multifunktional erstellten diagnostischen Daten versetzen den leitenden Arzt in die Lage, eine der psychischen, körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen des Patienten entsprechende Maßnahme zu veranlassen. Im Rahmen der ambulanten Therapie spielt dabei wesentlich eine Rolle, welche prognostischen Aussagen das ambulante Verfahren rechtfertigen.

4.5.3 Ambulante Rehabilitation (6 bis maximal 12 Monate)

Sind die Voraussetzungen zur ambulanten Rehabilitation gegeben und liegt die Kostenzusage des zuständigen Leistungsträgers vor, wird gemeinsam mit dem Patienten eine Verlaufsdiagnostik erstellt. Unmittelbar nach Abschluss der Motivations- und Klärungsphase, die mindestens 4 bis 6 Wochen andauern sollte, beginnt mit vorhandener Kostenzusage die eigentliche ambulante Rehabilitation, in Form von Einzel- und Gruppengesprächen. Je nach individueller Behandlungsdauer und den eingeräumten Möglichkeiten des Leistungsträgers, beträgt die Behandlungszeit 6 Monate und umfasst 40 therapeutische Einzel- und Gruppengespräche, bei begründeten Verlängerungsanträgen auch mehr. Darüber hinaus werden bis zu 4 Gespräche mit Angehörigen durchgeführt. Begleitend zu den Gruppensitzungen finden Einzelgespräche statt. Die Gruppensitzung hat die Dauer von 100 Minuten, eine Einzelsitzung dauert 50 Minuten.

Die ambulante Reha untergliedert sich in eine im Vorfeld stattfindende 4- bis 6-wöchige Orientierungsphase, in der die Motivation geklärt wird und Informationen über die zu erwartende ambulante Rehabilitation gegeben werden; in eine 6-monatige Hauptphase, in der Einzel- und Gruppentherapie sowie Indikationsgruppen stattfinden (hier findet der Veränderungsprozess statt, der Patient nimmt aktiv am Gruppenprozess teil) und in eine 4- bis 6-wöchige Abschlussphase, in die Patienten in einen allmählichen Ablösungsprozess kommen (wobei auch die mit der Ablösung verbundenen Ängste abgebaut werden). In dieser Phase wird auf eine größer werdende Eigenständigkeit Wert gelegt, die Selbstwirksamkeitsmechanismen erhöhen sich, es werden u. a. Strategien der weiteren Behandlung nach der ambulanten Rehabilitation diskutiert und reflektiert (Selbsthilfegruppen etc.).

4.5.4 Abschlussgespräch

Im Abschlussgespräch wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden der Therapieverlauf besprochen und ausgewertet. Der Patient wird über den Abschlussbericht informiert und über Strategien und Möglichkeiten der weiteren Behandlung bzw. der Selbsthilfe beraten. In der Regel werden die Angehörigen in dieses Gespräch einbezogen.

5. Erläuterungen zu einzelnen Bausteinen der ambulanten Therapie

5.1 Motivation und Motivationsklärung

Unbestritten ist, dass eine ausreichende Motivation für ambulante Therapie eine Voraussetzung für deren Erfolg ist. Die Fachambulanz trägt dem dadurch Rechnung, dass sie der Motivationsklärung und Motivierung große Beachtung schenkt und dem genügend Raum einräumt.

Wesentliche Grundlage für Motivation ist, dass die Patienten ihre Abhängigkeit im Zusammenhang mit der eigenen Lebensgeschichte und den aktuellen persönlichen, sozialen und beruflichen Gegebenheiten sehen können.

Sie sollten zumindest in Ansätzen intra- und interpersonale Bedingungen der Abhängigkeit und die regulative bzw. funktionale Bedeutung des Substanzabusus erkennen. Von besonderer Bedeutung für die Motivationslage der Patienten ist u. a. die Entwicklung kurz- und mittelfristiger Perspektiven in wesentlichen Lebensbereichen (Familie/Partnerschaft, Beruf, Freundschaft, Freizeitgestaltung) sowie Informationen über die zu erwartende ambulante Behandlung. Ein weiterer Faktor für die Compliance ist die Entdeckung der Wirksamkeit eigenen Tuns und Handelns; das Erleben von persönlicher Kompetenz steigert die aktive Beteiligung der Patienten in der Maßnahme. Erfolgserlebnisse, oft nur kleinere Veränderungen, führen im Lauf der Zeit dazu, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu gewinnen und diese erneut einzusetzen. Gesteigert entstehen so Situationen eigenverantwortlichen Handelns und Stärkung der Motivation.

Die mindestens 4-wöchentliche Motivationsphase begleitet die beschriebenen Prozesse und überprüft diese ständig. Erst wenn positive Aussagen für die Motivation des Patienten getroffen werden können, wird eine ambulante Rehabilitation begonnen. 14-tägig findet hierzu zusätzlich eine „Motivationsgruppe“ statt.

5.2 Einzeltherapie

Therapeutische Einzelgespräche finden im Verlauf der gesamten Rehabilitationsmaßnahme begleitend zur Gruppentherapie nach individueller Indikation statt. Die Dauer eines Einzelgesprächs beträgt jeweils 50 Minuten. Die Einzelgespräche werden meist in wöchentlichen Abständen durchgeführt. Die Einzelgespräche haben u. a. die Funktion, stabilisierend zu wirken, die Diagnostik zu überprüfen und zu vervollständigen, gemeinsam mit den Patienten die Therapieziele zu bestimmen. Die Patienten werden im Einzelgespräch dahingehend gefördert, sich selbst besser zu hinterfragen und die eigene Abhängigkeitsthematik auch im Gruppenprozess ansprechen zu können. Im fortschreitenden therapeutischen Prozess dienen die Einzelgespräche auch dazu, die Rehabilitationsplanung zu kontrollieren und ggf. zu korrigieren.

5.3 Gruppentherapie

Die Gruppentherapie findet einmal wöchentlich statt. Ziel der Gruppentherapie ist es, gemeinsam mit den Patienten, neue Wege zum Lösen von inneren und äußeren Konflikten zu finden. Es werden Bewältigungsstrategien erarbeitet und erprobt, die zu einer abstinenter Lebensführung befähigen. Das wissenschaftlich fundierte schulenübergreifende Konzept der AFa gestattet es, abhängig vom Stand der einzelnen Gruppenmitglieder und den Indikationen, fundiert zu arbeiten. Ich-stabilisierende Ver-

fahren und stützende Maßnahmen wie Verhaltensübungen und soziales Kompetenztraining werden durchgeführt. Auch Methoden zur Konfliktaufdeckung und Konfliktbearbeitung finden konkrete Anwendung. Ein großer Teil der Rehabilitationsziele kann auch durch Erfahrungslernen in Auseinandersetzung mit den aktuellen Ereignissen in der Gruppe erreicht werden.

Dies trifft insbesondere zu auf die Bereiche

- Wahrnehmung vorhandener Kompetenzen,
- Aufbau von Kompetenz,
- Förderung einer realistischen Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- Fähigkeiten im Selbstsicherheitsbereich,
- Fähigkeiten im Kommunikationsbereich,
- Umgang mit Belastungssituationen,
- Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie,
- Aneignung von Strategien und Verhaltensweisen, die den verantwortlichen Umgang mit emotionalen Beziehungen fördern.

Dabei bietet die Gruppe ein geeignetes Übungsfeld für neue Verhaltensweisen und gibt gleichzeitig emotionale Unterstützung. Durch Rückmeldungen in der Gruppe wird eine differenziertere Selbstwahrnehmung möglich.

Die Gruppentherapie wird organisiert als halboffene Gruppe mit 10 bis 12 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Bewährt hat sich, in den Mittelpunkt der psychotherapeutischen Verfahren Verhaltenstherapie und als ergänzendes Verfahren die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, systemische Psychotherapie und Humanistische Psychotherapie wie Gestalttherapie und Psychodrama zu stellen. Die Therapiegruppe wird begleitet von 2 Therapeuten. Sollte eine der Stammkräfte hier ausfallen, steht eine Vertretungskraft stets zur Verfügung.

Neben den erläuterten Zielen und therapeutischen Problemstellungen wird folgenden Themen ausreichend Raum und Aufmerksamkeit geschenkt:

- Rückfallprophylaxe (Analyse persönlicher Risikosituationen, Erarbeitung eines individuellen „Notfallplanes“),
- Bearbeitung von Problemen am Arbeitsplatz und Unterstützung bei der beruflichen Orientierung,
- Bearbeitung von Beziehungs- und Kontaktschwierigkeiten,
- Aufbau eines interessanten, vielfältigen Freizeitverhaltens,
- Anschluss an eine Selbsthilfegruppe.

5.4 Indikationsgruppen

Bei Bedarf werden ergänzend zu den fortlaufenden therapeutischen Maßnahmen sogenannte Indikationsgruppen angeboten. Sie dienen maßgeblich der Bearbeitung spezieller Lebens- bzw. Problembereiche sowie dem Training spezifischer Kompetenzen.

Diese begleitenden Therapieangebote innerhalb der ambulanten Rehabilitation haben z. B. folgende Themen:

- Entspannungstraining (progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, Autogenes Training nach Schultz),
- Ernährungsberatung,
- Medizinische Informationen.

Bei dem indikativen Baustein Entspannungstraining werden die Ziele einer adäquaten und differenzierten Körperwahrnehmung und die Förderung der Genussfähigkeit verfolgt.

Aspekte der gesunden Lebensführung werden durch die Ernährungsberatung und medizinische Informationen – im Rahmen von Vorträgen unterstützt.

5.5 Angehörigenarbeit/Beteiligung der Bezugspersonen

Unbestritten ist die Tatsache, dass die Einbeziehung von unmittelbaren Angehörigen (z. B. Ehe- bzw. Lebenspartner) in den therapeutischen Prozess hilfreich ist. Unter anderem können so suchtfördernde Interaktionsmuster in Familie, Partnerschaft oder Beruf durch erinnern, wiederholen und durcharbeiten aufgedeckt und aufgearbeitet werden.

In der Regel werden im Rahmen der ambulanten Rehabilitation bis zu 4 Sitzungen (TE) dazu genutzt, mit den Angehörigen zu arbeiten. So lassen sich besonders die therapeutischen Fortschritte in den Alltag übersetzen und tragen zur Stabilisierung der Abstinenz bei. Gleichzeitig finden spezielle familiäre Strukturen und die Dynamik der jeweiligen Partnerschaft so ihren Niederschlag im therapeutischen Prozess.

In der Regel sind die Inhalte und Ziele der Gespräche mit den Angehörigen folgende:

- Neudefinition von Beziehungs- und Familienregeln,
- Veränderungen der Kommunikationsstrukturen,
- Üben und Einüben neuer Kommunikationsmuster,
- Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Die Teilnahme an „Angehörigenseminaren“ ist möglich.

5.6 Begleitende Hilfen im sozialen Umfeld

Neben der medizinischen und geschlechtstherapeutischen Hilfe bietet die AFa auch sozialarbeiterische Hilfen an. Die Mitverantwortung der Patientinnen und Patienten ist hier besonders gefragt und gefordert. Sozialarbeit in der ambulanten Therapie ist maßgeblich zu verstehen als Hilfe zur Selbsthilfe.

5.6.1 Berufliche Situation

Erwünscht für die Teilnahme an der ambulanten Therapie ist ein festes Arbeitsverhältnis des Rehabilitanden. Erfahrungsgemäß sind aber einige Rehabilitanden unzufrieden mit ihrer beruflichen Situation. Die Patienten erhalten aktive sozialarbeiterische Unterstützung dahingehend, sich unter Umständen günstigere berufliche Per-

spektiven zu erarbeiten. Die Rehabilitanden werden informiert, welche Möglichkeiten zur Veränderung am allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen (z. B. Beratung durch die Agentur für Arbeit, Umschulungen, Qualifikationsmaßnahmen etc.), sie erhalten begleitende Hilfen im sozialen Umfeld als Unterstützung und gegebenenfalls Korrektur äußerer Realitäten. Des Weiteren werden Gespräche mit der Agentur für Arbeit und Gespräche mit dem Arbeitgeber angeboten. Positive Veränderungen im Berufsfeld und in den Perspektiven beruflicher Tätigkeit führen häufig zur Stärkung der Persönlichkeit und in deren Folge zur Festigung der Abstinenz bzw. Abstinenzfähigkeit. Arbeitsbezogene Interventionen finden je nach individueller beruflicher Problemlage statt.

5.6.2 Schulden/Schuldenregulierung

Private Schulden stellen in der Suchthilfe ein großes Problem dar. Oft sind Schulden eine entscheidende Hürde dafür, ein normales Leben führen zu können. In Fällen der Überschuldung werden die Patienten dahingehend beraten, welche Fachstellen geeignete Hilfen leisten können, um Schulden zu regulieren. Schuldenregulierung in Angriff zu nehmen, stellt einen wichtigen Teil der Mitwirkungspflicht und Mitverantwortung für den therapeutischen Prozess durch den Patienten dar.

5.6.3 Wohnungssituation

Ein weiteres sozialarbeiterisches Feld ist die Bearbeitung der aktuellen Wohnsituation des Patienten. Es hat sich gezeigt, dass ein Wohnungswechsel durchaus mit dazu beitragen kann, die Abstinenz dauerhaft zu sichern. So kann es günstig sein, wenn Alleinstehende Wohnformen anstreben, die Gemeinschaft „erzwingen“ (z. B. Wohn- oder Hausgemeinschaften). Auch kann das Wohnumfeld u. a. durch „alte Trinkfreunde“ eine Gefährdung der Abstinenzbereitschaft mit sich bringen.

5.7 Umgang mit Rückfälligkeit

Obwohl der Rückfallprophylaxe im Rahmen der ambulanten Therapie besonderes Gewicht zukommt, ist ein Rückfall nicht auszuschließen. Rückfälligkeit führt nicht automatisch zum Ausschluss aus der ambulanten Therapie. Er wird eher als Teil des Therapieverlaufes verstanden. Generell ist die Rückfälligkeit eines Patienten zu nutzen, um zentralen Verhaltens- und Erlebnisweisen auf die Spur zu kommen. Hier entstehen Möglichkeiten, emotionale und kognitive Veränderungen bewusst zu machen und diese im weiteren therapeutischen Prozess zu nutzen.

Sofern ein Rückfall so intensiv ausfällt, dass der Patient stationär entgiftet werden muss, wird der Leistungsträger unverzüglich informiert, der dann über die Fortsetzung der ambulanten medizinischen Rehabilitation entscheidet.

Im Grundsatz wird ein einmaliges Rückfallgeschehen als Chance verstanden und die therapeutische Aufarbeitung berücksichtigt insbesondere (siehe auch Körkel 1988):

- Der Patient soll lernen, den Rückfall als Bestandteil seiner eigenen Alkoholabhängigkeit zu erkennen und anzunehmen.
- Der Patient soll erkennen, dass der Rückfall häufig eine Folge von zunächst unwichtig erscheinenden Verhaltensweisen oder deren Unterlassung ist.

- Der Patient macht die Erfahrung, dass der Rückfall immer mit der eigenen Person zu tun hat, nicht allein von äußeren Umständen abhängt.
- Der Patient lernt zu erkennen, Rückfallrisiken in vorbeugende Maßnahmen (Notfallplan) umzusetzen und gegebenenfalls mit Therapeuten zu bearbeiten.

Unmittelbar nach Bekanntwerden der Rückfälligkeit, beraten das Behandlungsteam und der Arzt der Einrichtung über das weitere Vorgehen. Dabei sind Ausmaß und Schwere des Rückfalles ebenso zu bewerten wie die Umstände, die zur Rückfälligkeit führten.

Falls eine stationäre Entgiftung einzuleiten ist, wird der Leistungsträger informiert. Dieser entscheidet dann darüber, ob die ambulante medizinische Rehabilitation fortgesetzt werden kann. Gegebenenfalls veranlasst der Leistungsträger die Umwandlung der ambulanten Therapie in eine stationäre. Alle damit zusammenhängenden Veranlassungen werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der AFa begleitet.

5.8 Krisenintervention

Treten während der ambulanten Rehabilitation Lebenskrisen oder auch akute psychische und/oder soziale Ausnahmesituationen ein, wird sofortige therapeutische Hilfe geleistet durch zeitlich begrenzte Einzeltherapie (einzeltherapeutische Maßnahmen). Eventuell wird in Zusammenarbeit mit dem Arzt der Beratungsstelle kurzfristig eine stationäre Maßnahme eingeleitet. Ziel ist in jedem Fall eine möglichst rasche Stabilisierung der seelischen, sozialen und körperlichen Situation des Betroffenen. Relevante Bezugspersonen werden in den Klärungsprozess einbezogen. Das Gesamtgeschehen erfährt ein Nachdenken im Sinne des therapeutischen Klärungsprozesses.

5.9 Therapievertrag

Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation als Leistung des zuständigen Leistungsträgers (meist Rentenversicherungsträger) wird zwischen den Patienten und der AFa ein Therapievertrag abgeschlossen. Bestandteile dieses Vertrages sind u. a. Regelungen zur institutionellen und persönlichen Schweigepflicht und die Regelungen und Richtlinien des jeweiligen Leistungsträgers der Maßnahme. Um die berufliche Tätigkeit der Rehabilitanden nicht zu beeinträchtigen, finden die Gruppentherapiesitzungen in den Abendstunden statt.

(Ein Muster des Therapievertrages ist in der Anlage beigelegt).

5.10 Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

Besondere Aufmerksamkeit wird der Motivation der Patienten zur Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe geschenkt. Es wird ein Überblick über die unterschiedlichen Angebote von Selbsthilfegruppen gegeben, es werden Kontakte zu Selbsthilfegruppen hergestellt und Bezugspersonen für die Selbsthilfegruppen benannt. In diesen Prozess werden die Angehörigen einbezogen. Eine erfolgreiche Hinführung/Vermittlung einer Selbsthilfegruppe stellt einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung der Abstinenzfähigkeit und damit zum Erfolg der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme dar.

6. Ambulante Nachsorge nach stationärer Rehabilitation

6.1 Allgemeines

Ambulante Behandlung nach stationärer Rehabilitation wird verstanden als Nachsorge mit überwiegend psychosozialen Charakter. Ziel einer solchen Maßnahme ist es, die durch den Patienten in der Therapie erreichten Erfolge zu festigen und zu erweitern.

Das grundsätzliche Vorgehen und Verständnis leitet sich sowohl aus der Gesamtkonzeption der ambulanten Rehabilitation und dem speziellen Umstand (Nachsorge) ab. Ausgangspunkt auch für die ambulante Nachsorge sind Diagnostik und Indikation. Lediglich das Vorgehen ist weniger bestimmt durch therapeutische Gesprächsführung als vielmehr sozialer Therapie im Sinne von Unterstützung, Beratung, Austausch und Betreuung.

6.2 Konzeptionelle Aussagen

Neben der allgemeinen Zielstellung, der Festigung des Rehabilitationserfolges aus der stationären Rehabilitation, stehen folgende Ziele im Mittelpunkt der Therapie:

- seelische und soziale Stabilisierung,
- berufliche Integration,
- Re-Integration in das häusliche und soziale Umfeld,
- Bearbeitung von Partnerschaftsproblemen,
- Rückfallprophylaxe,
- Vermittlung in eine Selbsthilfegruppe.

Daraus leiten sich folgende Aufgaben für die AFa ab:

- Angebot von Gruppengesprächen,
- Angebot von Einzelgesprächen,
- Angebot von Indikationsgruppen
- Gesundheitsberatung bzw. Vermittlung in medizinische Beratung,
- Vermittlung spezifischer Psychotherapie,
- Krisenintervention,
- Vermittlung in andere Beratungs- und Betreuungsdienste oder -einrichtungen (z. B. Betreutes Wohnen, Übergangwohnheim, Paarberatung, Erziehungsberatung etc.),
- Unterstützung bei beruflicher Eingliederung,
- Unterstützung im Umgang mit Behörden,
- Unterstützung bei der Wohnungssuche,
- Unterstützung bei der Regulierung finanzieller Probleme.

6.3 Organisation

Jedem Nachsorgepatienten ist ein Bezugstherapeut zugeordnet. Hauptarbeitsfeld ist allerdings die therapeutische Gruppe, die von zwei Therapeuten betreut wird. Des Weiteren finden obligatorische Einzelgespräche statt.

In der Regel wird von 20 Therapieeinheiten und 2 Einheiten für Angehörigenarbeit ausgegangen. Das Berichtswesen entspricht den Vorgaben des Leistungsträgers.

7. Weiterführende Aufgaben der Aschaffener Fachambulanz im Rahmen der ambulanten Rehabilitation

7.1 Zusammenarbeit im Therapieverbund

Die AFa ist Teil der Versorgungsstruktur suchtkranker Menschen im Großraum Aschaffenburg. Von daher bestehen Beziehungen zu Suchtberatungsstellen, Krankenhäusern, Fachkliniken, Übergangseinrichtungen, niedergelassenen Ärzten, der Schuldnerberatung, Nachsorgeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus gibt es auch Kontakte zu nichtsuchtspezifischen Beratungsstellen und Einrichtungen. Eine koordinierende Funktion in der Kooperation mit den unterschiedlichen Angeboten im psychosozialen Bereich erfolgt über die Mitarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG I) Region Aschaffenburg. Die regelmäßigen Treffen werden genutzt, um die Kontakte zu pflegen und neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu finden.

Auch mit der Stadt Aschaffenburg, die der Suchthilfe besondere Beachtung schenkt, gibt es verbindliche Arbeitskontakte.

Mit der Fachklinik Weibersbrunn, einer stationären Rehabilitationseinrichtung von Entwöhnungsbehandlungen für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer, die ebenso wie die AFa zum Träger Hephata Hessisches Diakoniezentrum e. V. gehört, bestehen besonders enge Arbeitsbeziehungen. Dies ist gegeben durch die Mitarbeit des leitenden Arztes der Klinik in der AFa und dem kollegialen Austausch, besonders mit der leitenden Therapeutin der Fachklinik Weibersbrunn.

7.2 Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit

Immer wieder suchen Angehörige von suchtkranken und suchtgefährdeten Menschen Rat und Beistand in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. So kommen auch Ratsuchende in die AFa. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter informieren hier allgemein über Sucht und Suchterkrankung, geben Auskunft über Hilfsangebote und stehen gegebenenfalls zur Verfügung, um weitere Vermittlungen durchzuführen.

Die Mitarbeit in regionalen Arbeitskreisen, hier insbesondere der PSAG I in Aschaffenburg, nutzt die AFa, um stets aktuell über den neuesten Stand ihres Angebotes zu informieren.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AFa leisten bei Bedarf aufsuchende Arbeit in den Kliniken in Aschaffenburg.

Die aufsuchende Arbeit ist eng verbunden mit der Beratung und dem konkreten Angebot der AFa. Über diese Kontakte werden auch andere Menschen erreicht, die vermittelnd in der Suchthilfe tätig sind (z. B. Stationsschwestern, Pfleger, Ärzte, Schulen, Betriebe, sonstige Multiplikatoren).

8. Qualitätssichernde Maßnahmen

8.1 Teamsitzungen, Fallbesprechungen, externe Supervision

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AFa treffen sich einmal wöchentlich zum gemeinsamen Arbeitsgespräch. Hier ist der Ort, an dem die Arbeit miteinander geplant und abgestimmt wird.

Regelmäßig, einmal pro Woche, finden Fallbesprechungen und kollegiale Supervision unter Leitung des Arztes statt. Ziel der Fallbesprechungen ist es, den Entwicklungsprozess der Patientinnen und Patienten innerhalb der ambulanten Therapie zu reflektieren und maßnahmebezogen fortzuschreiben.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, an den regelmäßig stattfindenden 1 ½-stündigen externen Supervisionen teilzunehmen. Diese ressourcenorientierte Arbeit dient maßgeblich dazu, das eigene therapeutische Handeln zu überprüfen. Supervision fördert die Auseinandersetzung untereinander, bedeutet Anleitung eines Lernprozesses und hilft, ausgehend von einem kritischen Hinterfragen des eigenen Tuns, persönliches Wachstum zu fördern.

8.2 Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AFa entsprechen in ihrer Qualifikation den Anforderungen der Leistungsträger. Sie verfügen über eine fach- und aufgabenspezifische Weiterbildung. Für die Arbeit in Einzel- und Gruppentherapie sind sie qualifiziert und haben fachliche Zusatzausbildungen absolviert, die sie befähigen, auch die Indikationsgruppen (siehe Punkt 5.4) durchführen zu können. Die Qualifikationsnachweise liegen den Leistungsträgern vor.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen regelmäßig an Fachtagungen und Fachveranstaltungen teil und bilden sich hier weiter. Der Träger der AFa unterstützt die Qualifikationsbemühungen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

8.3 Effektivitätskontrollen, Dokumentation, Qualitätssicherung

Basisdokument zur Dokumentation, zur Effektivitätskontrolle und zur Qualitätssicherung bildet die Krankenakte des Patienten. Diese Akte enthält alle erhobenen medizinischen Daten, Einweisungsunterlagen und eingegangene Befundberichte sowie die ausführlichen Anamnesen, die psychologischen Testunterlagen, die Stellungnahmen aus Fallbesprechungen, den Rehabilitationsplan, die Verlaufsberichte und die Epikrise. Abgeleitet aus diesen personengebundenen Daten ergeben sich zwangsläufig einrichtungsbezogene statistische Angaben. Diese dienen maßgeblich zur Selbsteinschätzung und zur Rechenschaftslegung der Leistungen der AFa gegenüber den Leistungsträgern und dem Träger der Einrichtung.

Die AFa ist beteiligt an der bundesweiten EBIS-Statistik. Die hier gewonnenen Daten werden mit herangezogen, um die eigenen Leistungen besser abzuschätzen und gegebenenfalls prozesshaft Veränderungen einzuleiten.

Alle relevanten Datenschutzbestimmungen werden in der AFa eingehalten und ständig überprüft. EBIS arbeitet auf der Grundlage aggregierter Daten, die die Anonymisierung garantieren.

Am Behandlungsende findet eine Zufriedenheitsbefragung jedes Patienten statt, die ebenfalls zur Effektivitätskontrolle herangezogen wird, wie auch die jährliche Zufriedenheitsbefragung der zuweisenden Stellen.