

Konzeption

**Würzburger Fachambulanz
für Abhängigkeitskranke**

**Neutorstraße 4
97070 Würzburg**

Tel: 0931/3535155

Fax: 0931/3535156

E-Mail: wuerzburger.fachambulanz@hephata.com

Stand:
Juni 2011

Gliederung

1. Einleitung

- 1.1 Der Träger
- 1.2 Regionalität und Infrastruktur

2. Das Angebot der Würzburger Fachambulanz

3. Grundlagen der therapeutischen Arbeit (Therapiekonzept)

- 3.1 Menschenbild, wissenschaftliche Grundlagen, therapeutische Schlussfolgerungen
- 3.2 Der medizinischen Rehabilitation zugrundeliegendes Krankheits- und Persönlichkeitsmodell
- 3.3 Suchtverständnis und psychologische 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 Kontraindikation
- 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 Die 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 Der 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 WüFa 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 Mitarbeiter
- 8.3 Effektivitätskontrollen, Dokumentation, Qualitätssicherung

Anlagen

- Literaturhinweise
- Therapievertrag

1. Einleitung

1.1 Der Träger

Die Fachambulanz Würzburg (WüFa) für alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen existiert seit Oktober 1996. Sie ist eine durch die Deutsche Rentenversicherung Nordbayern und Deutsche Rentenversicherung Bund anerkannte Behandlungs- und Beratungsstelle.

Hephata Hessisches Diakoniezentrum e. V. ist 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 WüFa mit der trägereigenen Fachklinik Weibersbrunn und deren externen Adaptionseinrichtung „Haus am Schneeberg“ in Aschaffenburg.

Die Konzeption und die damit verbundene personelle Ausstattung der WüFa entspricht der Empfehlungsvereinbarung des VDR. Es gelten die Richtlinien zur medizinischen Rehabilitation der Leistungsträger. Dem gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14.01.2008 wird Rechnung getragen.

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

1.2 Regionalität und Infrastruktur

Die Fachambulanz Würzburg befindet sich verkehrsgünstig in der Stadtmitte von Würzburg und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. In unmittelbarer Nähe befinden sich Residenz und Dom. Das Einzugsgebiet umfasst sowohl die Stadt als auch den Landkreis Würzburg mit ca. 250.000 Einwohnern. Die WüFa trägt mit ihrem Beratungs- und Behandlungsangebot dazu bei, dass die Versorgung in der Suchthilfe in dieser Region gewährleistet ist.

Die Behandlungs- und Beratungsräume befinden sich in der Neutorstraße 4. Neben einem Eingangsbereich, einem Mitarbeiterbüro, sanitären Anlagen und Abstellraum verfügt die WüFa über drei Gruppen- und Behandlungsräume.

Die Mitarbeiter der Fachambulanz haben langjährige Erfahrung in der Behandlung suchtkranker Menschen. Die Ausbildungsstandards entsprechen der Empfehlungsvereinbarung des VDR und sind von der damaligen LVA Unterfranken und der Deutschen Rentenversicherung Bund anerkannt.

Die in der Vereinbarung vom 04.05.2001 geforderte personelle Ausstattung für ambulante Behandlungseinrichtungen 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 Würzburger Fachambulanz

Grundlage der WüFa 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 WüFa Information und Beratung für Betroffene und Angehörige statt.

Neben der telefonischen Erreichbarkeit der WüFa wird eine offene Sprechstunde zweimal wöchentlich, dienstags und donnerstags von 13.00 Uhr bis 18.00 Uhr, angeboten. Die Gruppentherapien finden dienstags zwischen 18.15 Uhr und 20.00 Uhr statt. Für Einzeltherapien werden terminliche Vereinbarungen getroffen.

Ergänzende Angebote finden donnerstags zwischen 18.15 Uhr und 20.00 Uhr statt. Durch eine Rufumleitung in die Fachklinik Weibersbrunn kann die WüFa 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 WüFa. Im Mittelpunkt der sozialen und therapeutischen Arbeit Hephatas steht immer der zu begleitende Mensch. Im Falle der Fachambulanz sind dies suchtkranke Männer und Frauen, deren Angehörige und andere Betroffene. 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 (Aspekte der Verhaltenstherapie, der systemischen Therapie, der tiefenpsychologisch fundierten Therapie, der Gestalttherapie und des Psychodramas). 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 wird die seelische, geistige und körperliche Gesundheit der 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:

- die Befähigung zur Dauerabstinenz vom Suchtmittel,

- erhöhte Konfliktfähigkeit,
- realistische Selbstwahrnehmung,
- Erhöhung der psychischen Belastbarkeit,
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit,
- Erweiterung der sozialen Kompetenzen,
- Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

3.2 Der medizinischen Rehabilitation zugrundeliegendes Krankheits- und Persönlichkeitsmodell

Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (Kapitel F der ICD 10) der WHO schafft die Voraussetzungen zum Verständnis des Abhängigkeitssyndroms. Entscheidendes Kriterium für Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige 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 psychologische 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 involviert 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 da-

mit einhergehenden unterschiedlichen persönlichen Entwicklungsgeschichte der Patienten machen es erforderlich, ein Behandlungskonzept vorzuhalten, das der Individualität des Betroffenen gerecht wird.

Die Mitarbeiter der WüFa stützen sich in der Therapieplanung auf wissenschaftliche Erkenntnisse, nach denen den Suchterkrankungen keine einheitlichen Diagnosen 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 Folge sind Gewöhnung, Missbrauch und Abhängigkeit, die im weiteren Verlauf zur Ausprägung einer Alkoholerkrankung führen können (nach Jellinek).

Psychologische Sichtweise:

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

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

Die Gestalttherapie stellt das Erleben, Wahrnehmen und Selbstunterstützen im „Hier und Jetzt“ besonders heraus. Den Patienten soll ermöglicht werden, ihr Wahrnehmungsvermögen auf mehrere Ebenen zu erweitern und zu vertiefen.

Psychodrama hat zum Ziel, 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 Mitarbeiter unterstützen maßgeblich die Abstinenz sowie die soziale und berufliche Integration der 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 Problematik.

4.2 Die Stellung des Arztes im therapeutischen Prozess

Neben der Überwachung 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.
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen.
- Eventuell 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 WüFa 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 Suchtstoffe 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 Kontraindikation

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

4.5 Behandlungsverlauf/Struktur

Die Behandlung 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 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 WüFa 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 WüFa.
- c. Klinisch-psychologische Testuntersuchungen (u. a. Trierer Alkoholismus-Fragebogen TAI), Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit (FTND) , Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), Strukturiertes Klinisches Interview (SKID II), bei entsprechender Indikation Beck'sches Depressions Inventar (BDI), Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D).
Falls indiziert wird eine neuropsychologische Testung durchgeführt.
- d. Bedingungsanalyse
Die Maßnahmen unter a., c. und d. werden hauptsächlich von der Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, durchgeführt. Bei der Erstellung der Diagnostik spielen Unterlagen anderer beteiligter Institutionen eine entscheidende Rolle. Besondere Beachtung wird hierbei einem bereits von anderen Stellen gefertigten Sozialbericht geschenkt.

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 WüFa. Die Bewertung der eventuell vorliegenden Befunde, ebenso wie die Erhebung körperlich-neurologischer und psychischer Befunde, liegen in seiner Verantwortung. Er überwacht den gesamten therapeutischen Prozess und ist verantwortlich für das Berichtswesen.

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

Die „Psychosoziale 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,
- Ausbildung,
- Partnerschaft, Freundschaft, Beziehungen,
- familiäre Situation,
- Fragen der Herkunftsfamilie,
- soziales Umfeld, soziale Kontakte,
- Freizeitverhalten und Freizeitinteressen.

Die erhobenen diagnostischen Daten werden im gesamten Beratungs- und Behandlungsverlauf 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 WüFa, 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 die Motivation zur Therapie zu stärken und Fähigkeiten zur Abstinenz weiter zu entwickeln. Diese Phase der Zusammenarbeit endet, sobald eine Kostenzusage durch den zuständigen Leistungsträger vorliegt. Danach wird die entsprechende, genehmigte Maßnahme eingeleitet.

4.5.2.3 Die 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 psychi-

schen, 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 ein individueller Rehabilitationsplan erstellt. Möglichst unmittelbar nach Abschluss der Motivations- und Klärungsphase, die mindestens 4 bis 6 Wochen andauern sollte, beginnt die eigentliche ambulante Rehabilitation, in Form von Einzel- und Gruppengesprächen. Je nach individueller Behandlungsdauer und den eingeräumten Möglichkeiten des Leistungsträgers, beträgt die Behandlungszeit bis zu 12 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.

Grob gesagt untergliedert sich die ambulante Reha in eine 4- bis 6-wöchige Orientierungsphase, in der die Motivation geklärt wird und Informationen über die zu erwartende ambulante Behandlung gegeben werden; in eine 6-monatige Hauptphase, in der Einzel- und Gruppentherapie sowie Indikationsgruppen stattfinden und in eine 4- bis 6-wöchige Abschlussphase, in die Patienten in einen allmählichen Ablösungsprozess kommen. 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 die Information 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-wöchige 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; zu Behandlungsbeginn finden sie meist in wöchentlichen Abständen statt. Im weiteren Behandlungsverlauf werden die Einzelgespräche, abhängig von der individuellen Entwicklung des Patienten, in 14-tägigen, manchmal 3-wöchigen Abständen durchgeführt. Die Einzelgespräche haben u. a. die Funktion, stabilisierend zu wirken, die Diagnostik zu überprüfen und zu vervollständigen, gemeinsam mit dem Patienten die Therapieziele zu bestimmen und einen Behandlungsplan zu erarbeiten. 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

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 schulübergreifende Konzept der WüFa gestattet es, abhängig vom Stand der einzelnen Gruppenmitglieder und den Indikationen, fundiert zu arbeiten. Ich-stabilisierende Verfahren 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 Teilnehmern.

Bewährt hat sich, in den Mittelpunkt der psychotherapeutischen Verfahren Verhaltenstherapie und systemische Psychotherapie zu stellen. Die Therapiegruppe wird begleitet von zwei 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 indikativen Gruppen innerhalb der ambulanten Rehabilitation haben z. B. folgende Themen:

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

- Suchtakupunktur (nach NADA-Schema),
- Medizinische Informationen.

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

Hier leistet auch die Suchtakupunktur, nach NADA-Schema, einen wertvollen Beitrag.

Medizinische Informationen fördern das Gesundheitsverhalten, ebenso Ernährungsinformationen.

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 = Therapieeinheiten) 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 am „Angehörigenseminar“ ist möglich.

5.6 Begleitende Hilfen im sozialen Umfeld

Neben der medizinischen und geschlechtstherapeutischen Hilfe bietet die WüFa auch sozialarbeiterische Hilfen an. Die Mitverantwortung der 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 Perspektiven zu erarbeiten. Die Rehabilitanden werden informiert, welche Möglichkeiten zur Veränderung am allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen (z. B. Beratung durch das Arbeitsamt, Umschulungen, Qualifikationsmaßnahmen etc.). Sie erhalten begleitende

Hilfen im sozialen Umfeld als Unterstützung und gegebenenfalls Korrektur äußerer Realitäten. 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.

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 Maßnahmen werden von den Mitarbeitern der WüFa 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 Der Therapievertrag

Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation als Leistung des zuständigen Leistungsträgers (Rentenversicherungsträger) wird zwischen den Patienten und der WüFa 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 psychosozialem 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 Indikati-

on. 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 Behandlungserfolges 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 WüFa 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, Übergangsheim, Eheberatung, 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 eine separate Gruppe, die, wie jede Gruppe, von zwei Therapeuten betreut wird.

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

7. Weiterführende Aufgaben der WüFa im Rahmen der ambulanten Rehabilitation

7.1 Zusammenarbeit im Therapieverbund

Die WüFa ist Teil der Versorgungsstruktur suchtkranker Menschen im Großraum Würzburg. Von daher bestehen verbindliche Beziehungen zu Suchtberatungsstellen, Krankenhäusern, Fachkliniken, Übergangseinrichtungen, niedergelassenen Ärzten, der Schuldnerberatung, Nachsorgeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus gibt es auch verbindliche Kontakte zu nichtsuchtspezifischen Beratungsstellen und Einrichtungen. Eine koordinierende Funktion in der Kooperation mit den unterschiedlichen Angeboten erfolgt über die Mitarbeit in der Psychosozialen Arbeits-

gemeinschaft Region II in Würzburg. Die regelmäßigen Treffen werden genutzt, um die Kontakte zu pflegen und neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu finden.

Mit der Fachklinik Weibersbrunn, einer stationären Rehabilitationseinrichtung von Entwöhnungsbehandlungen für alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen, die ebenso wie die WüFa zum Träger Hephata Hessisches Diakoniezentrum e. V. gehört, bestehen besonders enge Arbeitsbeziehungen. Dies ist gegeben durch die Mitarbeit der leitenden Therapeutin sowie einer Diplom-Psychologin der Klinik in der WüFa und dem kollektiven Austausch mit dem Fachpersonal 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 WüFa. Die 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 II in Würzburg, nutzt die WüFa, um stets aktuell über den neuesten Stand ihres Angebotes zu informieren. Unter anderem resultieren aus diesen Aktivitäten Einladungen zu Vorträgen in anderen Facheinrichtungen und öffentlichen Veranstaltungen.

Die Mitarbeiter der WüFa leisten bei Bedarf aufsuchende Arbeit in Würzburg und der Umgebung. Am Beratungsstellentreffen, das alle drei Monate im Psychiatrischen Krankenhaus Schloss Werneck in Werneck stattfindet, nehmen die Mitarbeiter der WüFa regelmäßig teil.

8. Qualitätssichernde Maßnahmen

8.1 Teamsitzungen, Fallbesprechungen, externe Supervision

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

Regelmäßig, einmal pro Woche bis alle 14 Tage, finden Fallbesprechungen statt. Der Arzt ist hier, soweit möglich, anwesend. Ziel der Fallbesprechungen ist es, den Entwicklungsprozess der Patienten innerhalb der ambulanten Therapie zu reflektieren und maßnahmebezogen fortzuschreiben.

Die Mitarbeiter sind verpflichtet, an den regelmäßig stattfindenden Fallsupervisionen in der Fachklinik Weibersbrunn, geleitet von einem externen Supervisor, 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 Mitarbeiter

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

Die vom VdR veranstalteten rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien wurden und werden von mindestens einem Mitarbeiter der WüFa besucht.

Die regional organisierten, suchtmedizinischen Fortbildungsveranstaltungen der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg werden ebenfalls zur unmittelbaren Fortbildung genutzt.

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 Behandlungsplan, 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 WüFa gegenüber den Leistungsträgern und dem Träger der Einrichtung.

Die WüFa 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 WüFa 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 Effektivitätskontrollen herangezogen wird, wie auch die jährliche Zufriedenheitsbefragung der einweisenden Stellen.

Anlagen
Literaturliste
Therapievertrag